St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XX. JAHRGANG
(NEUE FOLGE XII. JAHRGANG).

St. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Prosp. Nr. 15.
1895.

20
1895

univ of Mich

Sample 19

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

Abdomen, penetrir. Verletzung d. — m. Darmprolaps, Heilung. 221*.
—, Echinococcus d. — (3).
—, penetrir. Verletz. d. — (4), (8).
—, Zur Behandlung der Schusswunden d. — (34.)
—, Fall von perforirend. Wunde d. — mit Vorfall d. omentum majus. (40.)
—, üb. Schussverletz. d. — (49).
—, Behandl. perforir. Wunden d. — (53).
—, z. Diagn. malig. Tumoren d. — (50).
—, Drainage d. — (55).
Abort, — infolge von Appendicitis. 71.
—, Uterusperforation bei künstlichem — (2).
—, über —us incompletus. (30.)
Abscess, —bildung bei Appendicitis 71.
—, Leber— in Folge eines multilocul. Echinococcus. (33)
Adenom, üb. —e d. Leber. (38.)
Adeps lanae, — Constituens b. Salben. (19.)
Adonis nervalis, — bei Epilepsie. 61.
Aether, über —narkose 225. (10.)
—, Chloroform u. — (6.)
Aktinomykose, — der Leber. 43.
Albuminurie, üb. die Veränderungen des Magensaftes bei Leberkrankheiten u. — 110.
—, Fall v. verticaler — 166.
—, über die Wirkung v. Bromlithion a. — bei parenchym. Nephritis. (43.)
Alkohol, Fall v. —leber bei einem Kinde 18.
Alopecia, Fall v. — univers. (39.)
—, Fall von — neurotica 64.
Amaurose, recidiv. — m. folgend. Hemianopsie (14).
Amblyopie, Fälle v. — i. d. Lactationsperiode. 405.
—, d. — ex anopsia (5).
Amputation, über Neurome n. — (46).
—, prima intentio post—em (51).
Anaemie, syphilit. Chloro—, geh. d. Quecksilber (14).
—, Bedeutung d. Helminth. f. Entsteh. d. progress. pernic. — (18).
—, Anwend. d. Ferratins b. — (36).
Anaesthesie, loc. — b. kl. Operat. 426.
Anastomosis, z. Fr. d. —Button von Dr. Murphy 239* 396.
—, Entero—lateralis mit Hilfe von Kartoffelplatten (37).
Anatomie, Lehrbuch der allg. u. spec. pathol. — 342.
Aneurysma, — d. Art. carot. extr. (6).
—, arterioso-venos. d. A. u. V. axillaris (10).
—, traumat. spur. d. A. femoral. Operat. (12).
—, Diagnose d. Aorten— (23).
—, z. Aetiol. d. — d. Aorta 84. 67*.
Angina pectoris, —e stomacho laeso (14).
Angiom, über Kehlkopf—e (38),
Antidiphtherin, s. Diphtherie.
Antipyrin, — b. Neuritis descendens (42.)
Antiseptik, therapeutischer Misserfolg d. — b. Puerperalfieber. 126.
Antispasmin, Mittel gegen Keuchhusten 15.
Antitoxin, Therapie d. Tetanus traumaticus m. Injectionen d. —s (27).
Aorta, z. Aetiologie der —aneurysmen 64, 67*.
—, Thrombose d. Aeste d. —abdominalis (11).
—, Diagnose d. Aneurysmen d. — (23).
Aphasie, Fall v. motor. — b. einem Kinde während Typhus. (36), (42).
Aphonie, Fall von Endometritis complicirt m. — und Parotitis (29).
Aphten, Säure-Autointoxicat. u. causal. Behandl. d. — (16).
Apocynum cannab., — b. Erkrank. d. Herzens (53).
Appendicitis, Abort infolge v. — 71.
—, — mit Abscessbildung 71.
—, über —perforation (8).
—, über — (33).
Aristol, subcutane Injectionen v. — bei Lungentuberculose (27).
Arsen, subcutane Anwendung d. — 236, (20).
Arteriosklerose, Bäder b. — 157.
—, Bedeutung d. Muskelarbeit b. Entstehung d. — (31).
Arteriothrombose, über — bei Influenza 335.
Arzneimittel, Lehrb. d. —lehre und Verordnungslehre 317.
—, die neuer. — in ihrer Anwend. und Wirkung. 318.
—, neue — in d. Therapie d. Tuberculose 405.
—, Wirkung d. — in statu nascendi (25).
Ascaris, — i. d. Leber ein. Kindes (3).
—, pathol. Bedeut. d. —lumbricoides (13). (21).
Ascites, trockene Behandlung d. — 286.
Aseptik, — in der Geburtshülfe 126.
Asphyxie, Haematoma scroti n. — 444*.
Asthma, üb. d. Wesen d. — 407.
—, Fälle v. Bronchial— b. Kindern (46).
Atropinum, — sulfur. bei äusserem Magengeschwür (24).
Augenärztliche Thätigk. i. Krassnyi 1894, 204*.
—, d. b. d. Syphilis d. Centralnervensystems vorkomm. —nstörung. 316. 434.
—, Präparate d. —s i. Gelatine 349.
—, Fall v. allg. Verkleinerung des —s 358.
—, Wirkung d. Scopolamins auf das — (5).
—, Conservirung v. —n i. Formaldehyd (7).
—, abnorme Mitbeweg. d. —nlides u. d. Iris b. —nbeweg. (13).
—, Ermüd. d. —s u. Bestimm. ders. (19).
—, Photographie d. —nhintergrundes (32).
—, Massage d. —s m. d. Edison'schen Electromotor n. d. Methode d. Prof. Maklakow (37).

Auge, Bericht üb. d. —nerkrank. und - noperat. i. Nolinskisch. Landschaftshospit. (Gouv. Wjatka) (41).
—, Methoden objectiv. Refractionsbestimm. d. —s. (41).
—, über d. Thätigk. d. —närzte im Saratowschen Gouv. im Sommer 1894 (41).
—, Veränder. in der Gegend d. Macula lutea beider —n. (41).
—, Geschwulst am Corpus ciliare d. —es (41).
—, Bericht üb. —närztliche Thätigk. i. Dorf 51).
Augenhöhle, —nphlegmone veranl. d. Empyeme d. Nebenhöhlen d. Nase 54, 56.
—, Gumma d. — u. d. Gehirns 190.
Augenkrankheiten, Vorles. üb. — 34.
—, d. Bedeutung einiger — für die Diagnose d. Syphilis 83.
—, d. – i. Beziehung z. d. allgem. Erkrank. d. Org. 166.
—, d. — i. Sjumskischen Hospit. (5).
Augenmuskeln, über —lähmungen 35, 92, 252.
Auscultator, Automat. Grapho— (25).
Aussterben, — der sibirischen Fremdvölker (56).
Autointoxication, Säure— u. causale Behandl. d. Aphten (16).

B

Bacillus, Einfl. d. Fiebertemperat. a. d. Wachsthum d Typhus— 369.
—, Topographisches üb. d. —leprae 403*.
—, —arten bei Panophtalmitis (33).
—, Lebensfähigk. des Klebs-Löfflerschen — (52).
Bäder, Wirk. warmer Voll— b. chron. Circulationsstörung. 1*, 31*, 59*, 95*, 141*, 179*, 211*, 240*, 265*, 281*.
—, — bei Arteriosklerose 157.
—, See— bei Cannes f. Kinder 305*.
—, d. — Sibiriens (14).
—. Blutveränder. bei Moor—n (15).
—, d. Kaukas. — 1894. (18).
—, Analyse d. Kumys i. d. Kaukas.—n (18).
—, warme und heisse — z. Zeit der Menstruat. (48).
—, Anwend. d. Schlamm— v. Zichisdjevari b. Peri- u. Parametritis (48).
Bakterien, das Verhalten d. Wasser— z. d. d. Wasser zugesetzten Sauerstoff (26).
— i. d. Petersburger Milch (26).
—, Schutzkraft d. animal. Organism. gegen Infectionen m. — (31).
—, qualit. Bestimmung d. —gehaltes d. Angara -Flusswassers (33).
—, s. a. Mikroben.
Balantidium coli, — bei Colitis ulcerosa (47).
Bandwurm, der — 90.
Barlowsche Krankheit, s. Rhachitis.
Basedow'sche Krankheit, s. Morb. Basedow.
Bauchhöhle, s. Abdomen.
Becken, pathol. Anat. d. Tumoren d. —zellgewebes (2).
—, Messungen d. —ausganges beim Weibe (55).
Bericht, Rechenschafts— d. medicin. Ges. zu Dorpat 255.
— über die Thätigk. i. pharmaceut. Institut d. Dorp. Universität von 1885—1894. 364.
—, — d. VI. städt. Gebärasyls in Warschau (2).
— d. geburtshilfl. Abtheil. d. Odessaer Stadthosp. (3).
— über die Augenkrankheiten im Sjumskischen Hospital (5).
— d. pathol. anat. Cabinets d. Marinehosp. z. Nikolajew (11).
—, Rechenschafts— für den Sommer 1894 im Kreise Narim (Gouv. Tomsk) (42).
— über die Ambulanz am Hospital der Gesellschaft Donischer Aerzte (42).
— über d. anat. Theater des Kronstädter Marinehospitals (47).
— über die Thätigkeit d. chirurg. Abtheilung d. Petersb. Marinehospitals i. J. 1893. (47).
Berufsgeheimniss, d. ärztliche — 446
Bevölkerung, d. Einfluss d. Wanderung d. Arbeitsuchenden auf d. Schwank. d. —sverhält. (38).
—, Phys. Entwickel. d. jugendl. — Petersburgs (39).
Bewegung, Apparate f. act. —en 318.
Blasenmole, Fall v. — (53).
Blasenstein, Fall v. Transperitoneal. —schnitt 369.
—, Fälle v. —schnitt i. d. Landpraxis (38).
—, Fälle v sectio alta b. — (46).
—, Fälle v. — bei Frauen (46).
Blennorrhoe, Beseitigung d. Gefahr d. Dakryocysto — b. d. Staaroperation 131*.
—, Katarakt extract. bei chron. — (42).
Blut, Ueber Veränderung d. —dichte bei Kindern 126.
—, z. Morphol. d. —es bei Leukämie 222*.
—, über die Merkmale d. —harnens je n. vesical. oder renal. Herkunft 309.
—, Verminder. d. Leukocyten i. — nach Injection verschied. Substanz. 324*, 330*, (49).
—, Bakteriolog. —untersuch. bei Typhus abdomin. 406.
—, Nutzen d. —entziehung (Sacharjin) (1).
—, morphol. Veränder. d. —es bei künstl. Erwärmung (7).
—, bacteriol. Untersuch. d. —es Cholerakranker (7).
—, —veränderung. bei Moorbädern (15).
—, Morphologie d. —es bei Leukämie (24).
—, d. Veränder. d. —es bei Nierenerkrankungen (26).
Blut, d. Alkalescenz d. —es b. einig. Krankheiten (38).
—, d. Veränder. d. —es bei einigen Krankheiten (51).
Blutserumtherapie, s. Serumtherapie.
Blutung, —en post partum 385*.
—, in d. Bauchhöhle n. Verletzung, Laparotomie (4).
—, Klemmpincetten z. Hemmung v. —en b. Operat. d. Lippen (33).
—, Netzhaut—en b. d. perniciösen Anaemie (47).
Borshom, d. Quellen v. — u. Vichy (45).
Botriocephalus, Quelle z. Infection d. Einwohner Petersburgs m. —eiern (32).
Brechdurchfall, Die Behandlung des acut. —s klein. Kinder 358.
Brille, üb. Arbeits—n (51).
Brod, d. Verhalt. verschied. —arten im menschl. Körper 175.
Brom, —aethylformin (Bromalin Merck) 137.
Bromaethyl, combinirte —Chloroformnarkose (4).
Bromide. — bei Epilepsie 61.
Bromlithion, Wirk. v. — a. Albuminurie b. parenchymat. Nephritis (43).
Bromoform, üb. d. Anwend v. —
Bronchitis, eitrige —, geheilt durch Creosot (7).
—, Bronchostenose u. Bronchopneumonie 337*.
Brustwarze, Pagets Krankheit d. — 118.

C

Calomel, Bemerkungen üb. d. — (42).
Carbolsäure, Vergift. m. — (18).
—, Tetanusheilung durch subcutane —Injectionen (24).
Carcinom, über d. Wichtigkeit frühzeit. Erkennt. d. Uterus—s 92, 321*.
—, Frühdiagnose d. Uterus—s 253.
—, Ovarial— m. Durchbruch in d. Rectum 263.
—, zur Technik der Totalexstirp. b. — 302.
—, die Igniexstirp. d. Uterus b. — 302.
—, n. Operat. Methode d. Uterus—s 302.
—, Heilung d. —s m. Erysipelserum 335.
—, Operat. Behandl. v. Lippen — 395.
— Operat. Behandl. v. Darm — 396.
—, Behandlung d. Uterus—s m. Salicylsäure (8).
—, Resection d. Pylorus weg. — (8).
—, Parasit. d. —s (17).
—, über Parasiten d. —s der Ovarien (25).
—, Fälle v. vaginal. Exstirpat. d. —atös degenerirten Uterus (29).
—, z. Polymorphismus d. —e (45).
Caries der Nase unter d. Bilde der Ozaena 453*.

Carmin, Färbung d. n. Pahl bearbeiteten Hirnschnitte m. oxals. — (31).
Casein, Nährwerth d. —s 295.
Castration, — weg. Prostatahypertrophie 260, 341, 364, (4).
—, Veränderung d. Prostata b. Thieren nach — (29).
Catgut, — b. Operat. am Peritoneum u. d. portio vaginal. (30).
Chirurgie, Lehrb. d. orthopäd. — 62.
Chloralose, — als Hypnoticum (9).
Chloroform, combinirte Bromäthyl—narkose (4).
—, — u. Aether (6).
—, Einfl. d. —s a. d. Function des Magens (7).
Cholecystenterostomie, Fall v. — m. Murphy's Knöpfen 369.
Cholera, —epidemie im Посадъ Черный 42*, 51*.
—, Entstehung und Ausbreitung der diesjährigen —epidemie 74.
—, über Fälle v. — im Stadt-Krankenh. zu Riga 74.
—, Fall v. —asiatica in Reval 128.
—, üb. — m. bes. Berücksicht. der secund. Krankheitsprocesse 161*.
—, über — 208.
—, d. —epid. i. Dorpat. Kreise 1894. 254.
—, über d. pathol. anatom. Veränder. d. Gehirns bei —asiatica 237* (37).
—, bakteriol. Untersuch. des Blutes —kranker (7).
—, Morphol. u. Biol. d. —vibrionen (14).
—, d. — b. Schwangeren (16).
—, d. —epidemie 1893 i. St. Petersb. (18).
—, Farbenreaction v. —culturen a. Salpetersäure (19).
—, Salol bei — (21).
—, —erkrank. im Marienhosp. 1894 (35).
—, über Mischinfection b. — (36).
—, Intravenöse Injectionen b. — (47).
—, bakteriolog. Beobacht. w. der —epid. 1894 (56).
Cholesteatoma, — a. d. Hirnbasis (43).
Circulationsstörungen, über chron. — u. d. Wirk. warm. Vollbäder. 1*, 31*, 59*, 95*, 141*, 179*, 211*, 240*, 265*, 281*.
Cirrhosis, Fall v. — ventriculi 127.
—, Leber— b. Kindern (24).
Cocain, Fall v. Glaucom i. Folge v. —gebrauch (41).
—, Fall v. acut. Glaucomanfall nach —gebrauch (41).
Coeliotomie, 7 —en (2).
Cognac, Einfl. d. — a. Assimilat. u. Stoffwechsel b. Milchdiät (7).
Coitus, Verletz. b. — (10).
Colitis ulcerosa, Balantidium coli bei — (47).
Colobom, — d. Aderhaut und d. Sehnerv. u. Mikrophthalmus dieses Auges (41).
—, angeborenes — d. Iris, corp. ciliaris etc. (41).
—, ausgebreit. — d. Aderhaut um d. Stelle d. Macula lutea (41).
Colonnen, über die Thätigkeit der augenärztl. fliegend. — (летучiе отряды) (25), (31).
Condylom, spitze —e a. d. Genitalien (19).
Congestion, Die Bedeut. d. — i. d. Pathol. d. Harnorgane 361*. 448.
Congress, Chirurgen— in Berlin 245.
—, Sect. f. Standesfragen a. d. VI. Pirogow'schen Aerzte— (20).
Conjunctiva, Scleroma d. — palpebr. (43).
—, z. Bakteriol. u. Anat. d. körnig. —catarrhs (47).
Conjunctivitis, üb. — pseudomembranacea (41).
Cornea, über Kochsalzinjectionen bei destruct. —processen 309.
—, pathol. Anat. d. angebor. Trübung d. — (4).
—, Einfl. wiederh. Punktionen d. — a. d. Aufsaugung discidirt. Schichtstaare (42).
Coxitis, s. Gelenk.
Creosot, — b. eitrig Bronchitis (7).
—, Indicat. d. — (18).
—, — als Verbandmittel (32).
—, Behandl. d. Lupus m. — (44).
Croup, —, geheilt mit Behring's Serum (28).
Cyste, über Epithel— n. d. Finger (22).
—, operat. Behandlung v. Ovarial——n (43).
Cystoskopie, — u. über Untersuch.-Method. d. Harnwege (17).

D

Damm, Centrale Rupturen d. —es (55).
Darm, ferment. Wirk. d. Dünn—saftes 28.
—, Fall v. Perforation d. —es bei Typhus 71.
—, Penetrir. Verletzung d. Abdomen m. —prolaps, Heilung 221*.
—, Antisept. u. totale Irrigation d. —tractus b. —erkrank. 225.
—, Operat. Behandl. v. —carcinom 396.
—, Fälle v. —fisteln 398.
—, —katarrh u. —neurose 411* 448.
—, Stricturen d. —es (1).
—, Einfl. d. Milchdiät a. d. Gährung im — (19.)
—, Einfl. gekocht. Milch auf d. —gährung gesund. Menschen (25).
—, Schnelligkeit d. Resorption von Arzneimitteln durch d. Magen und d. Mast— bei gesunden Menschen. (25).
—, z. Casuist. d. inner. —einklemmung (35).
—, Diffuse Hypertrophie d. —es i. F. v. chron. Peritonitis (43).
—, üb. multiple Stricturen d. Dünn—es (50).
—, Fall v. Laparot. b. inneren —einklemm. (52).
—, s. a.: Anastomosis, Colitis, Duodenum, Enteritis, Gastrostomie, Ileus, Helminthen, Rectum, Typhlitis etc.
Decoctum Zittmanii, — b. Syphilis d. Nervensystems u. and. Erkrank. (34).
Dermatol, z. Gebrauch d. — s (53).
Desinfection, bacteriol. Untersuch. üb. — d. Hände 6.
—, — v. Wohnräumen (47).
—, Apparate z. — v. Krankenhäus. (56).
Diabetes, üb. d. Bedeutung d. Kalkes b — mellitus 277.
—, Pathol. d. Nieren b. — mell. (8).
Diagnose, z. Differential— vitaler u. postmortaler Verletz. (45.)
Diagnostik, Lexicon d. — 26.
—, Grundzüge d. klin. — 424.
—, Bemerk. üb. — (5).
Diaphorese, über Behandlung mit — 373*. 448.
Digestionsorgane, Fremdkörper in den —n (6).
Digitalis, üb. — b. Lungenkrankh. (6).
—, Wirk. d. — a. d. Centralnervensystem (43).
—, — b. croup. Pneumonie (50).
Dilatator, electr. Uterus— (15).
Diplegie, verschied. Formen d. — b. Kindern (9).
—, progress. spastische — (15).
Divulsion, Fall v. narbenförmigen —en d. Haut 128.
Diphtherie, Aetiol. u. Pathol. d. — 34.
—, Grundzüge d. —prophylaxis 43.
—, Serumtherapie d. — 39*, 53.
—, — u. —bacillus 62.
—, Fall v. schwerer — 62.
—, Erfahrungen m. d. —serum 135, 277.
—, z. Behandl. d. — m. Blutserum 81, 217, (34), (37), (42).
—, Fälle v. letal. Blut. n. Tracheotomie b. — 213*.
—, üb. d. Serumtherap. d. — 224.
—, z. Behandl. d. — m. Heilserum. 300*.
—, z. Prophylaxis u. Therap. d. — 415.
—, Behandl. d. — (6), (13), (28).
—, Serumtherapie d. — (6).
—, —epidemie in Schlüsselburg (19).
—, über d. Eigenschaften d. Anti—serums Behrings (25).
—, Ampullenartige Spritze z. Injection d. Anti—serums (25).
—, —behandl. nach Behrings Methode (26).
—, Versuche an Thieren m. einfachem und Anti—Pferde-Serum (32).
—, — b. Säuglingen (33).
—, über Häufigk. und Lebensdauer virulent. —bacillen im Rachen n überstand. — (35).
—, z. Herstell. d. — Heilserums (37).
—, Hundert m. Serum i. d. Mosk. Kinderklinik behandelte —fälle (40).
—, Besonderes über Anwendung des Anti—ns (42).
—, systemat. Localbehandl. der — (45).
—, Behandl. d. — m. Serum im Kr. Lazareth z. Stawropol (46),

Diphtherie, 15 mit Heilserum behandelte —fälle (48).
—, 93 Fälle von —behandl. m. Serum (53).
—, 100 mit Heilserum behandelte --fälle (48).
Drillinge, Fall v. Hydramnion bei eineiigen —n (32).
Drüsenfieber, Fälle von — (3).
—, Fall v. — complic. m. hämorrhag. Nephritis (39).
Duodenum, Ruptur d. — (8).
Dura mater, Fall v. Haematom. d. — 327.
Dynamometer individuelles — (3).

E

Echinococcus, — d. Bauchhöhle und der Leber (3).
—, d. Halses, der Brustdrüse (3).
—, Leberabscess in Folge eines multilocul. — (33).
—, Fall v. durch d. Gallenwege entleertem Leber— (23).
—, e. in d. Gallenwege perforirter — (23).
Eclampsie, pathol. anatom. Veränder. d. Hirns b. d. puerperal. — (26).
—, Pilocarpin b. — d. Schwangern. (15).
Eczem, Behandlung d. —s 255.
Eisen, Wirkung d. —wässer auf d. Hämoglobingehalt im Blut Anämischer (27).
Eiter, d. asept. — u. seine Eigenschaft. (16).
Elektrotherapie, Grundriss d. Elektrodiagnostik u. — 3 0.
—, — d Peri- und Parametritis (2).
Embolie, Placenta prävia centr., Zwillingsschwangersch., Gehirn— 144.
Empyem, s. Pleuritis.
Encyklopädie, — d. Therapie 285.
Endometritis, üb. — exfoliativa (25).
—, Fall v. — complicirt m. Aphonie u. Parotitis (29).
—, z. Therap. d. chron. — (55).
Enteritis, Fall v. — membranacea 251.
—, folliculäre — 263.
Entwickelung, phys. — d. Kinder in den Stadtschulen Petersburgs (44).
Ephedra vulgaris, medicament. Bedeut. d. — (20).
Epicanthus, Fall v. — u. blepharoptosis congenita (41).
Epilepsie, Bromide u. Adonis vernal. bei — 61.
—, Fall v. Trepanation d. Schädels b. — 218.
—, chirurg. behandelter Fall v. Rinden— (32).
—, Fall v. partieller beständiger — (46).
Epithel, über —cysten d. Finger (22).
Erblindung, Vorübergehende — während d. Lactationsperiode 405.
Erbrechen, Fall v. unstillbarem — m. tödtl. Ausgang 119.
—, üb. unstillb. — b. Schwangerschaft (37).
Ergotismus, Fälle v. — (16).
—, zur pathol. Anat. d. — (37).
Ernährung, — d. Säuglinge m. Fettmilch 34.
—, d. — d. Ges. u. Kranken 284.
Erysipel, Behandl. v. Gaumensarkom m. —toxinen. 255.
—, Heil. d. Carcinoms m. —serum 335.
—, —toxine bei malig. Geschwülsten 423.
—, — und seine Behandl. (5).
—, Fall v. Psychose n. — (21).
—, Fall e. Lupus, durch ein intercurrentes — zum Schwinden gebracht (22).
—, Fälle v. — d. Gesichtes, geheilt mit Ichthyol (34).
Erythema exsudativum, Aetiologie d. chron. — (10).
Erythromelalgie, Fälle v. — 63, 70, 252.
—, üb. — 15.
Exanthem z. Casuist. d. Menstrual—s 436.
—, Charakter d. —e b. acut fieberhaften Erkrank. (35)
—, über Combinat. acut. —e (46).
Extracte, therapeut. Bedeut. organ. (animal.) — (17).
Extrauteringravidität, s. Schwangerschaft.

F

Favus, Fall v. — 18.
Femur, Fälle von Fracturen d. —halses u. z. Lehre d. Knochenbildung (38).
—, Methode d. osteoplastischen Amputation d. — (38).
Ferratin, — bei Metrorrhagien (10).
—, Vergleich d. Wirkung v. Hämogallol u. — (28).
—, Anwendung d. —s b. Anämie (36).
Fibroma molluscum, multipl. Neurose m. multipl. — (4).
—, Fall v. multipl. — d. Nervenstämme u. d. Haut (39).
Fieber, d. —, gegenwärt. Kenntniss über den —process 119.
—, Einfluss d. —temperat. auf d. Wachsthum d. Typhusbacillen 369.
—, zur Fr. d. Wasserretention i. — 406.
Filter, selbstthätiger — (25).
Fingerübungen 289*.
Fistel, Fälle v. Darm— 398.
—, operat. Behandl. d. urethro-vaginal—n (30).
Fixation, z. Casuist. d. Vagina— 195*.
Flexibilitas cerea, — d. Knochen 80.
Follikel, üb. sog. «—» in der Augenschleimhaut (41).
Formalin (Formaldehyd, Formol) Anwend. d. — z. Conservirung von Augen (7).
—, Behandl. d. Gonorrhoe d. Urethra m — (34).
—, üb. — (41).
Fractur, üb. complicirte Schädel—en 92.
—, Atlas und Grundriss d. traumat. —en und Luxat. 260.
—, Ambul. Behandl. d. —en d. unter. Extremität. 261.
—, Fälle v. —en d. Femurhalses u. zur Lehre d. Knochenbild. (38).
Frauen, med. Institut für — in Petersburg 270.
Frauenkrankheiten, Massagebehandl. der — 215.
—, über die ambulator. Massagebehandl. bei — (42).
Fremdkörper, über — im Ohr u. d. Folge v. Extractionsversuchen 203*.
—, — in den Digestionsorganen (6).
—, — im Organismus und ihre Entfern. (18).
—, — i. e. Fistelgang. Zur Casuistik der — in der Vagina (36).
Furunkel, Behandl. d. — (17).
Fuss, Therapie d. Klumpfusses 7, 251.
—, chirurg. Behandl. des Klump—es 14.
—, Resultat d. Klump—behandl. 15.
—, unblut. Behandl. d. Klump—es 18.
—, Fall v. —verletzung 137.
—, osteoplast. Resection d. —es (4).

G

Gallensteine, zur Symptomatologie d. — 484.
—, Methode d. Behandl. d. — (11). s. a. Cholecystenterostomie.
Gangraen, z. Casuist. der symmetr. — d. Extremitäten (39).
Gastritis, Fall v. — phlegmonosa (44).
Gastroenterostomie, Fälle v. — 218. (36).
—, über — (45).
—, zur — (49).
Gastrostomie, Fall von erfolgreich ausgef. — 199.
—, — b. narb. Stenose d. Speiseröhre (54).
Geburt, d. Zangen—en in der St. Petersb. Gebäranstalt 1888—92 146.
—, Atlas und Grundriss der Lehre vom —sakt. 397.
—, Schwangerschaft u. — bei erhalt. Hymen (6).
—, schwere — n. ventrofixatio uteri (21).
—, über die —shilfl. Zange (29).
—, — bei Doppelbildung der Frucht (30).
—, über d. Wendung auf den Fuss u. d. — b. engem Becken (32).
—, Scheidenausspül. vor und nach der — (48).
—, s. a. Kaiserschnitt.
Geburtshilfe, Anleitung zur asept. — 126.
—, Leitfaden für die Operationskurse in der — 284.
—, diagnost. Aufgab. i. d. — (17).
Gehirn, Fall von —erweichung 18.
—, Placenta praevia centr. Zwillingsschwangerschaft, —embolie 144.

Gehirn, subcutane Injection v. — extract gegen Neurasthenie. 190.
—, Fall v. —tumor 262.
—, über die pathol. anat. Veränder. des —s bei Cholera asiat. 273*.
—, Atlas d. —s und des Faserverlaufs 284.
—, pathol. anatom. Veränderungen des —s bei der puerperal. Eclampsie (26).
—. pathol. anatom. Veränder. d. —s bei Cholera asiatica (37).
—, z. Casuist. d. acut. Erkrank. d. —s bei Kindern (39).
—, Cholesteatoma an der Basis des —s (43).
—, Fall v. chron. Abscess d. — es (52).
Gebärasyl, Bericht d. VI. städt. —s in Warschau (2).
Gelenk, Behandl. d. angeb. Hüft—luxation 7.
—, nicht operat. Behandl. d. Hüft—entzünd. 18.
—, Fall v. tubercul. Hüft—entzünd. 254.
Gelenkrheumatismus, Tolusal b. veralt. — (6).
—, Anwendung v. Tolusal b. — (36).
Genitalien, Erkrank. d. männl. und weibl. — d. Sterilität bedingen (1).
—, Geschwülste d. weibl. — (2).
—, Vorzeitige Reife d. weibl. — (22).
Geophagie, d. — als Form der Manie (46).
Geschlecht, d. —strieb 16.
—, d. Störungen d. —sfunctionen. 146.
Geschwür, d. Ssaratowsche —, dessen Verlauf etc. (24).
Geschwülste, Aetiolog., Diagnose und Behandl. v. —en 388.
Gift, die gerichtl.-chem. Ermittl. von —en in Nahrungsmitteln etc. 364.
Glaukom, acut. —anfall n. Cocaingebrauch (41).
—, Fall v. — in Folge von Cocaingebrauch (41).
—, Erblichk. b. — (42).
Glykogen, Extractionsmethode d. —s a. d. Leber u. Muskeln (56).
Gomi, Zusammensetzung und Nährwerth d Getränkes — (13).
Gonokokken, einige d. — ähnl. Mikrokokken (19).
—, d. — b. Gonorrhoe (53).
Gonorrhoe, Complicat. d. — (18).
—, Behandl. d. — d. Urethra mit Formaldehyd (34).
—, D. Gonokokken b. — (53).
Graphologie, über — in Deutschland (43).
Guajacol, Anwend. d. — b. Abdominaltyphus (0).
Gynaekologie, Photograph. auf d. Gebiete der — 35.
—, Vademecum d. — 35.
—, Tagesfragen d. — 370.
—, diagnost. Aufgab. i. d. — (17).

H

Haematocele, Fälle v. — retrouterina (30).
Haematom, Fall v. — d. Dura mater 327.
—, — d. Scrotum n. Asphyxie 444*.
Haematomyelie, centrale — (8).
Haemogallol, Vergleich der Wirkung d. — u. Ferratins (28).
Haemophilie, über renale — 260.
Haemorrhoiden, Methode d. operat. Entfern. v. — (13).
—, Operat. d. — m. Umsäumen n. d. Methode v. Podres 39).
Hals, Echinococcus d. —es (3).
Hand, Zur Casuist. d. Lipome d. — u. d. Finger (40).
Harn, Therapie d. —krankheiten 146.
—, d. Infiltrate d. —röhre 147.
—, über die Merkmale d. Blut—ens je n. vesical. od. renal. Herkunft 309.
—, —menge bei Hydrops (14).
—, Fall v. Ovariotomie complicirt in Folge v. Durchschneid. d. —leiters (22).
Harnblase, Inversion d. — (9).
—, s. a. Blasenstein, Cystoskopie.
Harnorgane, Die Bedeut. d. Congest. in der Pathol. d. — 361*, 448.
Haushaltungs- und Kochbuch 245.
Haut, Histol. d. — 17.
—, d. —krankheit 44.
—, Fall v. narbenförmigen Divulsionen d. — 128.
—, über —erkrank. n. Influenza 150.
—, Fall v. langdauerndem —leiden. 208.
—, über mechan. Behandl. d. — wassersucht 244.
—. über die Lage der —kranken in Petersburg 295, 297*.
—, Lehrbuch d. — u. Geschlechtskrankheiten 370.
Affectionen d. — b. Menstruation 436.
—, Apparat z. Bestimm. der —sensibilität (8), (13).
—, Die Behand. v. —kranken in den Hospitälern Petersburgs (26).
—, Menge u. Eigenschaft d. Mikroben auf d. — Gesunder (31).
—, Fall v. idiopath. multipl. Pigment—sarkom (32).
—, Fall von multipl. weichen Fibromen d. Nervenstämme u. d. — (39).
—, —rheumatismus (47).
—, s. a. Transplantation.
Hebammen, Lehrb. f. — 343.
Heiserkeit, über — 393.
Helminthen, Untersuch. d. Faeces a. — (14).
—, Bedeut. d. — f. Entsteh. d. pernic. progress. Anaemie (18).
—, s. a. Ascaris, Botriocephalus.
Hemianopsia, Fall v. doppelseitiger —inferior (41).
—, recidivir. Amaurose m. folgend. temporal. — (14).
Hemiathetosis, zur Casuistik d. — (22.)
Hepatitis, 3 Fälle diffus. infectiös. — (56).
Hernie (Hernia), Reposit. v. —n unt. Hydrotherapie 25.
Hernie, — epigastrica 176, 190.
—, Fälle v. Operat. v. —n 182.
—, über d. Omphalectom. b. d. Operat. d. Nabel—n 261.
—, Fall e. — m. Einklemm. 341.
—, — in der linea alba 370.
—, incarcerirte —, operat. Anastomos. 396.
—, Radicaloperat. nicht eingeklemmt. —n 429.*
—, Inguinal — bei Kryptorchismus (1).
—, Radicaloperation d. Inguinal—n (16).
—, Topograph d. Inguinalregion u. Radicaloperat. d. Cervical—n (16).
—, zur Casuistik d. — interstitialis (23).
—, — mesogastrica interna sin. (23).
—, Fall v. — d. gravid. Uterus (47).
Herz, Schädig. d. —ens im Keuchhusten 33.
—, syphilit. —erkrankungen 64.
—, über —irregularitäten d. Fettleibigen 287.
—, über Myofibrose d. —ens 255.
—, Fall v. Mitralstenose d. —ens 381.
—, Angebor. Defect. d. —scheidewand 389.
—, Heilmittel b. —erkrank. u. ihre Indication 406.
—, Einfluss v. —fehlern a. d. Menstruation (18).
—, Fall e. angeborenen —fehlers (31).
—, —lage rechts (35).
—, —fehler in d. Schwangersch. (36).
—, üb. spont. —ruptur (50).
—, Apocinum cannab. b. —erkr. (53).
—, s. a. Circulationsstörungen.
Highmorshöhle, d. chron. haemorrhag. Entzünd. d. — (46).
Histologie, Lehrbuch d. — d. Menschen einschliessl. der mikroskop. Technik 190.
Homoeopathie, über — (19).
Hospital, Mittheilungen a. d. —praxis (30).
Hydramnion, Aetiol. d. acut. — (7).
—, Fall v. — b. eineiigen Drillingen (32).
Hydrargyrum, —behandl. d. Syphilis (3). (54).
—, Vertheil. d. — im Organismus (12).
—, — bei syphilit. Chloroanaemie (14).
—, zur Frage v. d. Ausscheidung d. — durch d. Schweiss (39).
Hydrocele, Spontanheil. ein. — (16).
—, Fall v. — feminae (30).
—, Fälle v. — d. rund. Uterusbänd. (40).
Hydrops, Harnmenge u. Verdunst. b. — (14).
Hydrotherapie, — d. Ischias 15.
—, — d. incarcer. Hernien 25.
—, — d. Pneumonie 33, 146.
—, — d. Malaria 158.
—, — d. Sycosis (33).
Hygiene, Grundzüge d. — 44.
—, Grundzüge der — im Alterthum (27).
Hymen, Schwangerschaft u. Geburt b. erhalt. — (6).

Hyperhidrosis, Behandl. d. — 415.
Hypnotica, Trional, Chloralose, Somnal als — (9).
Hypnotismus, d. — 224.
—, üb. d. Reflexphänomene d — 416.
—, therapeut. Anwend. d. — (17).
Hysterie, Fall v. — 215.
Hysterie, Fälle v. männl. — (52).
—, — u. hyster. Irresein 441*.

I

Ichthyol, Die Behandlung der Lungen m. — 284.
—, Fälle v. Erysipel d. Gesichts geheilt m. — (34).
Icterus, langdauernd. — 191.
—, Fälle v. —infectiosus (11).
Ileus, Fälle v. — 120.
—, — Laparotomie, Darmresection (11).
—, — d. Achsendrehung bei puerperal. Parametritis, Laparotomie, Heilung (13).
Immunität, u. Immunisirung (14).
Infection, Einfl. v. Misch- en (6).
—, z. Casuistik d. Misch—en (6), (18).
—, Schutzkraft d. animal. Organism. gegen —en m. Bakterien (31).
— über Misch— bei Cholera (36).
—, Fall e. gleichzeit. — v. Scharlach und Pocken (46).
Infectionskrankheit, specif. causale Methode der Behandl. d. —en (6).
—, Einfl. d. Exstirp. d. Thymusdrüse auf d. —en (21).
Influenza, e. —diagnose 123*.
—, Discuss. üb. — 208.
—, über Hauterkrank. n. — 250.
—, über Arteriothrombose b. — 335.
—, Fall v. — acutissima m. schw. Complicat. (24).
—, Erkrank. d. Nervensystems b. — (54).
Injection, Asept. Spritze z subcut. Serum— (29).
—, Intravenöse —en v. Sublimat bei Syphilis (31).
—, Quecksilber—en b. Syphilis (54).
—, Intravenöse —en bei Cholera (47).
Instrumente, Verbillig. d. augenärztl. — (19).
Intermittens, s. Malaria.
Irre, über d. schriftstell. Thätigkeit d. —n 92.
Irrenfreund, d. — 44.
Irresein, über moral. — 135.
—, Hysterie u. hyster. — 441*.
Irrigation, permanente — b. Vesicovaginalfisteln (55).
Ischias. hydriatr. Behandl. d. — 15.
—, Behandl. d. — m. Nitroglycerin (8).

J

Jahrbuch, encyclopäd. — d. gesammt. Heilk. 35.
Jodoform, Desinficirende Wirkung d. —s (43).
Jodoformglycerin, Behandl. d oper. Empyems m. — (54).

K

Kaiserschnitt, Fall. v. wiederholt. — (55).
Kalender, medic. Taschen— 35.
—, Reichs-Medicinal — f. Deutschl. pro 1896 435.
Kali chloricum, Vergiftung m — (33).
Kali hypermanganicum, Vergiftung m. — m. tödtlichem Ausgang 329*.
Kalk, über d. Bedeut. d. —es b. Diabetes mellitus 277.
Katarakte, Beseitigung der Gefahr der Dakryocystoblennorrhoe b. d. —operat. 131*.
—, 200 Fälle ambulant ausgeführter —extractionen (41).
—, —extract b. chron. Blennorrhoe. (42).
Katheter, neuer Uterus— (15).
Keratitis, bacteriolog. Untersuch. d. — et Conjunctivitis eczematosa 309.
Keuchhusten, Prophyl. und Therapie d. —s 15.
—, Antispasmin, Mittel gegen — 15.
—, Schädig. d. Herzens i. — 33.
Kiefer, Osteomyelitis d. —s (16).
Klima, — d. Stadt Jekaterinoslaw (56).
Knochen, Flexibilitas cerea d. — 80.
— ein neues Operationsverfahren zur Behandlung congenitaler Defecte v. Unterarm- u. Unterschenkel— 118.
—, über Fälle v. Schenkelhalsbrüchen und zur Lehre d. —bild. (38).
Kochsalz, über subconjunctivale —injectionen bei destruct Corneaprocessen 309.
Kolanuss, d. —, ein die Verluste d. Org. einschränkendes Mittel (24).
Krämpfe, Massage bei Reflex—n bei Kindern 148.
Kreissende, Untersuch. —r per rectum (2). (54).
Kryptorchismus, complicirt m. Inguinalhernie (1).
Kumys, chem Analyse d. — (18).

L

Labien, Aetiol. d. Cysten d. kleinen — (3).
Laehmung, über Augenmuskel —en 35, 92, 252.
—, Fall v. Brown-Séquard'scher — 257*.
—, s. a. Diplegie, Paralyse.
Laparotomie, —n u. Symphyseotom. i. d. Frauenabtheil. d. Rig. Stadtkrankenhauses 365*.
—, — weg. Blutung n. Bauchverletzung (4).
—, — weg. Ileus, Darmresection (11).
—, Fall v. — b. inn. Darmeinklemm. (52).
Laryngitis, Fälle v. acuter — 137.
Larynx, Photogramme der Lepra d. — 158.
Larynx, Klin. Gesch. d. Pachydermia d. — 190.
—, Fall v. —erkrank. b. Typhus abdom. 358.
—. Fall v. gummöser Geschwulst d. — (23).
—, über Angiome d. — (38).
—, Fibrinöse Membranen a. tubercul. —geschwüren (54).
Leber, Fall v. Säufer— bei einem Kinde 18.
—, Aktinomykose d. — 43.
—, über die Veränderungen des Magensaftes bei —krankheiten und Zuckerharnruhr 110.
—, Fall v. —Nieren-Steinschnitt 369.
—, Echinococcus d. — (3).
—, Ascariden in d. — ein. Kindes (3).
—, acute gelbe —atrophie (5).
—, Fall v. durch die Gallenwege entleert. —echinococcus (23).
—, —cirrhose bei Kindern (24).
—, —abscess in Folge e. multilocul. Ecchinococcus (33).
—, über Adenome d. — (38).
—, z. Casuist. d. — abscesse (52).
—, s. a. Hepatitis.
Leiche, Fäulnisserschein. a. einer 6 Wochen alten — (16).
Lepra, Ber. d. Gesellschaft z. Bekämpf. d. — in Liv- und Estland 26.
—, pathol. Anat. d. — 27.
—, Fall v. — maculosa 72.
—, Bekämpfung d. — in Liv u. Estland 102.
—, Bekämpfung d. — 416.
—, üb. d. — in Kurland 417.
—, Photogramme der Kehlkopf— 158.
—, d. Verbreit. d. — a. der Insel Oesel 236. 263.
—, Topographisches über den —bacillus 403*. (417).
—, Oleum gynocardiae b. — (43).
Leprosorium, Ber. d. —s b. Riga 27.
Leukämie, z. Morpholog. d. Blutes b. — 222*, (24).
Leukocyten, s. Blut.
Leukocytolyse, über — (35).
Leukom, — d. Hornhaut 435.
Lexicon, diagnost. — 26.
Lipom, Fall v. — a. d. Rima ani 358.
—, multiple symmetr· —e (29).
—, z. Casuist. der —e der Hand u. d. Finger (40).
Luft, die — in d. Poren d. Wände (7).
—, Schädliche Beimengung b. —heizung (27).
Lunge, über das acute —noedem 120.
—, über Digitalis bei —krankh. (6).
—, Eröffn. v. —nabscessen (43).
—, s. a. Pneumonie, Tuberculose.
Lupus, Fall v. — durch e intercurrent. Erysipel zum Schwinden gebracht (22).
—, Fall v. — gemischt. Charakters (40).
—, Behandl. d. — mit Creosot (44).
Luxation, Behandl. d. angeb. Hüftgelenk— 7.
—, Atlas u. Grundriss d. traumat. Fracturen u. —en 260.

Luxation, z. L. v. d. congenit. Patellar —en 277.
—, Angeborene — beider Linsen (34).
—, über —en paralyt. Ursprunges (39).
Lymphadenitis, —colli idiopathica (48).
Lymphangiom, Fall v. — der Wange. 35, 252.
Lymphe, Fortbeweg. u. Filtration d. —, (28).
Lyssa, Fälle v. — 137.

M

Magen, chirurg. Behandl. d. —krebses 62.
—, über d. Veränderungen d. —saftes bei Leberkrankheiten u. Zuckerharnruhr 110.
—, über die Bedeutung der Salzsäure d. —s 171*.
—, Diagnost. u. Therap. d. —krankheiten 7, 199.
—, Chem. Untersuchung d. —inhaltes 261.
—, üb. nerv. —beschwerden 415.
—, Fall v. verschluckter —sonde 415.
—, Einfl. niederer Temper. a. d. Thätig. d. —s (1).
—, Einfl. des Chloroforms a. d. Funct. des —s (7).
—, Atropinum sulfur. b. rundem —geschwür (24).
—, mechan. Erweiter. d. —mündung und Auskratzung d. —geschwüres (25).
—. Schnelligkeit d. Resorpt. v. Arzneimitteln durch d. — u. d. Mastdarm bei gesunden Menschen (25).
—, —verdauung d. Fleischbouillon bei Gesunden (26).
—, Einfluss d. Alters u. Geschlechtslebens auf d. Resorpt. v. Arzneimitteln im — b. gesund. Frauen (26).
—, phlegmonöse Entzünd. d. —s (44).
—, Fälle a. d. Pathol. d. — (45).
—. s. a. Gastritis, Gastroenterostomie Pylorus. etc.
Makroglossie, über — (4).
Malaria, über hydriat. —behandlung 158.
—, Casuistik d. larvirt. — (17).
—, Untersuch. üb. — (27).
—, Behandl. hartnäckig. —fälle (36).
—, Fall v. —pneumonie (52).
Mamma, Ecchinococcus d. — (3).
Manie, d. Geophagie als Form d. — — (46).
Marine, Ber. d. pathol. anat. Cabinets d. —hospit. zu Nikolajew (11).
—, Sterilisator für —lazarethe (12).
—, venerische Krankh. in d. — in Ssewastopol (12).
Masern, Fall v. dopp. —recidiv (52).
Massage, Anleit. z. —behandlung b. Frauenleiden 215.
—, Behandl. des Trachoms m. — (44).
—, — b. Prurigo 33.
—, — bei Reflexkrämpfen b. Kindern 148.
—, — d. Auges m. d. Electromotor (37).
Mechanoaesthesiometer (56).
Mediastinum, Tumor d. — 285.
Medicin, Wellanski u. d. Einfl. Schellings a. d. russ. — (39).
Medulla oblongata, Degenerat. d. — bei Ernährungsstör. (43).
Méniere'sche Krankheit, über — (5).
Meningitis, — cerebrospinal. purulenta (27).
—, über intermittirende Cerebrospinal— (28).
Meningocele, — spuria traumatica (22).
Menstruation, Einfluss v. Herzfehlern a. d. — (18).
—, Ferratin b. profus. — (10).
Meralgia, über — paraesthetica (22).
Methylenblau, harntreibende Wirk. d. — (53).
Migraenin, d. — b. Migräne u. Dysmenorrhoe (6).
Mikroben, Verunreinigung v. Hospitalmöbeln durch — (26).
—, — d. Luft b. epid. Krankh. (56).
Mikrophthalmus, Colobom. d. Aderhaut und des Sehnerv. u. — dieses Auges (41).
Mikroskop, Apparat z. Beschäftig. m. d. — b. künstl. Beleucht. (48).
Mikroskopie, — u. Chemie am Krankenbett 397.
Milch, über Fett— 34.
—, Mittel zur Erleichterung d. Einführung gr. Quantitäten — 120.
—, Behandl. d. Scharlachs m. Salol und —diät 120.
—. Fälle v. Amblyopie während der —secretion 405.
—, vorübergehende Erblindung während d. —secretion 405.
—, d. —cur (6).
—, Indication. z —diät (6).
—, Einfl. d. Cognac a. Assimilat. und Stoffwechsel b. —diät (7).
—, Einfl. d. —diät a. d. Gährung im Darm (19).
—, Einfl. gekocht. — auf die Darmgährung gesund. Menschen (25).
—, Bakteriologie d. Petersburger — (26).
Milzbrand, Complicat. v. — septicämie m. croup. Pneumonie (16).
Mineralwasser, s. Wasser.
Missbildung, z. Lehre v. d. —en (2).
Modelle, Darstell. gynaekolog. Operat. d. Gummi— (55).
Morbus Addissoni, Fall v. — 263.
—, Aetiol. u. Therap. d. — (42).
—, 2 Fälle v. — (53).
Morbus Basedowii, Psychosen b. — (33).
—, über Thymusfütter. b. Kropf und — 270.
—, Strumaoperat. b — 137.
Morbus maculosus, z. Casuist. d. — (8).
—, z. Pathog. d. — (10).
Morphinismus, zur Casuistik d. — (36).
Morphium, —wirk. b. Schwangersch. 274*.
Muskel, Einfl. hydriat. Proceduren a. d. Widerstandsfähigkeit d. — gegen Ermüd. 175.
—, function. Unterschied zwisch. normal. und nervlos. — (20).
—, pathol. Anatomie d. Respirat. —n b. acut. pleuritischen Entzünd. (31).
—, die Bedeutung d. —arbeit b. Entsteh. d. Arteriosclerose (31).
—, chem. Veränder. d. —n b. Thätigk. u. Todtenstarre 56.
Myasthenia, über — gravis pseudoparalytica. 118.
Myofibrose, — d. Wandungen d. Herzens 255.
Myomotomie, Hundert —n 87*.
—, s. a. Uterus.
Myopie, operat. Behandl. hochgrad. — 158.
Myotonia congenita, d. — (6).
Myxoedem, Fall v. —behandl. mit Thyreoidea (8.)

N

Nabelschnur, einmalige (einfache) Unterbind. d. — (20).
Nahrungsmittel, die gericht.-chem. Ermittel. v. Giften i. —n, Körpertheilen etc. 364.
Naht, Sehnenfäden als —material (13).
Narkolepsie, zur Casuist. d. — (38).
Narkose, über Aether— 225. (10).
—, zur —nfrage 229*.
—, üb. Spättodesfälle n. — 421*.
—, combinirte Bromaethyl - Chloroform— (4).
—, Chloroform- und Aether— (6).
Narsan, Isolirung und Fassung der Quelle — (26).
Nase, Pathol. u. Therapie d. Eiterung d. Nebenhöhlen d. — 54.
—, Caries unter d. Bilde d. Ozaena 453*.
—, Orbitalphlegmone, veranlasst d. Eiterung d. Nebenhöhlen d. — 54. 56.
—, die äussere — 199.
—, Abhandl. aus d. Gebiet d. —nkrankheiten 309.
—, Fälle v. malign. Tumoren d. —nrachenraumes b. Kindern 318.
—, über d. Folgen d. —nvereng. u. behindert. —nathm. 345*.
—, temporäre Resection d. — zur Entfern. v. Tumoren (20).
—, Topograph. u. Chirurg. d. —nhöhle (32).
Nasenbluten, — b. Kindern 145.
Nauheim, Curmittel u. Indicat. —s 47*.
Nephritis, Behandl. v. —m. Pilocarpin 295.
—, Behandl. d. — (17).
—, Fall v. «Drüsenfieber» complic. m. haemorrhag. — (39).
—, über d. Wirk. v. Bromlithion b. Albuminurie b. parenchymat. — (43).
—, acute parenchym. — b. Pneumonie (54)
Nephrolithiasis, s. Nierenstein.
Nerven, Handatlas d. sensibl. u. motor. Hirn- u. Rückenmarks— 234.
—, Fall v. multipl. weichen Fibromen d. —stämme u. d. Haut (39).

Nerven, über Sklerose d. —stämme b. d. spont. Gangraen (46).
—, üb. d. specif. Energie d. — d. Haut (56).
Nervenkrankheiten, Pathologie u. Therapie d. — 71.
—, d. Tremor als Symptom b. — (6).
Nervensystem, d. b. d. Syphilis d. Central—s vorkomm. Augenstörung 316. 434.
—, Vorles. üb. d. Bau d. Central—s 284.
—, Wirk. v. Digitalis a. d. Central— (43).
—, Erkrank. d. —s b. Influenza (54).
Nervus opticus, Colobome d. — (5).
—, z. Diagn. d. Netzhautleiden u. d. — b. Trübung d. brechend. Medien (41).
—, Neubild. a. — (51).
Netzhaut, Neue Heilmethode b. —ablösung 301.
—, Spontanheil. ein. —ablös. (5).
—, z. Diagn. d. —leiden u. d. Nervus opt. bei Trübung d. brechend. Medien (41).
—, —blutungen b. d. perniciösen Anämie (47).
—, s. a. Retinitis.
Neurasthenie, subcut. Inject. v. Gehirnextract. gegen — 190.
—, d. — d. Landbevölker. (45).
Neuritis, — u. Parese n. Osteomyelitis (4).
—, — optica i. Anschluss an Retinitis pigmentosa (41).
—, Antipyrin b. — descendens (42).
—, Fall v. recid. — optica (51).
—, s. a. Polyneuritis.
Neurologie, Beiträge zur — 62.
Neurom, multiple —e m. fibroma mollusc. (4).
—, über Amputations — (46).
Neurose, Beschäftig. — m. Krämpfen im recht. St.-cleidomastoid. 200.
—, acut. Psycho—n (1).
Niere, Sarcoma medullare d. — 120.
—, über Heilung v. —nwunden 218.
—, über Haemophilie d. — 260.
—, die Erkrank. d. —n 284.
—, doppelseit. polycyst. —ndegenerat. 327.
—, Fall v. Leber—nsteinschnitt 369.
—, Pathologie d. —n bei Diabetes mell. (8).
—, d. Veränd. d. Blutes b. —erkrankungen (26).
—, z. Casuistik d. —nchirurgie (33).
—, s. a. Nephritis, Pyelonephritis, Pyonephrose.
Nierensteine, Fall v. —n 120.
—, Contrexéville-Wasser b. —n (1).
Nitroglycerin, — b. Ischias (8).

O

Oberkiefer, Resection d. —hälften n. Kocher (44).
Obstipation, zur Therap. d. — 217.
—, Dilatat. d. Anus b. — 370.
Oedem, über d. acute — d. Lunge 120.
Oedem, — an Neugeborenen 128.
—, über mechan. Behandl. d. —e 244.
—, über —e auf nervöser Basis (39).
Oesophagitis, — exfoliativa 294.
Oesophagus, Fall v. Dilatation d. — 286.
Ohr, Operativ. Entfern. e. Erbse aus d. Meatus audit. ext. d. —es 182.
—, üb. Fremdkörper im — u. d. Folgen von Extractionsversuchen 203*.
—, Entfern. e. Fremdkörpers aus d. — 245.
—, Abhandl. aus dem Gebiet der Nasen- u. —nkrankheiten 309.
—, über tödtl. Complic. d. —ener krank. (34).
—, s. a. Otitis, Tuba Eustachii.
Oleum gynocardiae, — b. Lepra (43).
Omphalectomie, üb. d. — b. Operat. d. Nabelhernien 261.
Ophthalmoskopie, Atlas u. Grundriss d. — 82.
Orbita, s. Augenhöhle.
Orchitis, über acute infectiöse — (34).
Organextracte, therapeut. Bedeut. d. — (17).
Osteofibrom, Exstirpation e. —s der linken Glandula submaxillaris 120.
Osteomalacie, z. Casuist. d. diffus. — 21*.
—, Fall v. diffuser — 251.
Osteomyelitis, Formen u. Behandlung d. — 92. 151*.
—, Fall v. Resection der Hüftpfanne u. d. Femurkopfes weg. — 254.
—, Operat. v. — Tibiae 396.
—, Parese infolge Neuritis n. — (4).
—, — d. Kiefer, u. d. Lehre v. d. — (16).
Otitis, Behandl. d. —, Trepanation (5).
—, Fall v. — media m. Thrombosen (21).
—, über — bei Abdominaltyphus (23).
Ovariotomie, Fall v. —, complicirt infolge v. Durchschneid. d. Harnleiters (22).
Ovarium, Cyste d. — 137.
—, Seltene Formen v. Neubild. des — 231*.
—, Carcinom d. — m. Durchbruch in d. Rectum 263.
—, über Parasiten d. Carcinoms des — (25).
Ozaena, Caries d. Nase unter d. Bilde d. 453*.
Ozon, Gewinn., physiol. u. therap. Bedeut. d. — (15).

P

Pachydermia, klin. Gesch. d. — laryngis 190.
Pankreas, Chirurg. Behandlung der —Eiterung u. —Nekrose 118.
—, Fall v. therapeut. Anwendung d. — (28).
—, Neoplasma d. — (50).
Panophthalmitis, über bacill. — (33).
Paralyse, d. acute aufsteig. — 15.
Paralyse, über d. Zusammenhang zw. Syphilis u. progr. — 83, 155*.
—, über — als Ursprung v. Luxationen (89).
—, Fall v. syphilit. — (40).
—, s. a. Lähmung, Diplegie.
Parametritis, Electrotherapie d. — (2).
Paranoia, üb. d. schriftsteller. Thätigk. im Verlauf d. — 245.
Parasiten, über — d. Carcinoms d. Ovarien (25).
—, Verbreitung d. — in Finnland (25).
—, s. a. Helminthen.
Parotitis, Fall v. Endometritis complicirt m. Aphonie u. — (29).
Patella, z. L. v. d. congenit. —luxationen 277.
Pathologie, — d. Nervenkrankheiten 71.
—, spec. — und Therapie 119.
—, Handb. d. spec. — u. Therapie 190.
—, Vorles. üb. — u. Therap. d. Kindesalters 342.
Peliosis, Fall v. — rheumatica gravis (39).
Pellagra, (6).
Penis, Entblössung d. Testikel u. d. — (4).
—, Fall v. Einklemmung d. — (37).
Perforator, ein —Bohrer (10).
Perimetritis, Electrotherapie d. — (2).
—, Anwend. d. Schlammbäder von Zichisdjevari bei — (48).
Periostitis, — b. Typhus abdomin. (32).
Peritoneum, Verwachsung i. — (29).
Peritonitis, Fall v. Perforations— 18.
—, Fall v. — in Folge v. Perforation d. Proc. vermiformis 199.
—, Fall v. — syphilitica (45).
Perityphlitis, s. Appendicitis.
Pertussis, s. Keuchhusten.
St. Petersburg, Assainirung —s (6).
Petrification, üb. d. pathol. Anat. d. — d. Pleura (48).
Pharmacie, Entwickelung d. — u. d. Ursache d. Verfalles d. Schule d. — (27).
Phlegmone retrobulbaris, s. Augenhöhle.
Phosphor, fettige Degenerat. d. Herzens u. d. Muskeln b. —vergiftung (20).
Phthisis, s. Tuberculose.
Physiologie, allgem. — 365.
Pilocarpin, Behandl. v. Nephritis m. — 295.
—, — bei Eclampsia gravidarum (15).
Placenta, — praevia centr., Zwillingsschwangerschaft, Gehirnembolie 144.
—, Fälle von — praevia 340*.
—, mikroskop. Bau d. — (55).
Pleura, d. Erkrank. d. — 119.
—, über d. pathol. Anat. d. Petrificat. d. — (48).
Pleuritis, eitrig. —, Durchbruch, Pneumothorax (7).
—, Behandl. d. exsudat. — (7).
—, plötzl. Tod b. — (15).

Pleuritis, pathol. Anatomie d. Respirationsmuskeln bei acut. — (31).
—, Heil. d. —empyems n. Lewaschew (44), (53).
—, z. Behandl. d. —empyeme (51).
—, Behandl. d. oper. —empyems m. Jodoformglycerin (54).
—, Bez. zwisch. seröser — u. Tuberculose 446.
Pneumonie, Behandl. d. — m. Eiswasser 83.
—, Hydrotherapie d. — 146.
—, Stenose u. — d. Bronchien 337.
—, Aetiol. d. croup. — (16).
—, Complicat. von Milzbrand u. croup. — (16).
—, Digitalis b. croup. — (50).
—, Fall v. Malaria — (52).
—, acute parenchym. Nephritis bei fibrinös. — (54).
Pneumothorax, — n. Durchbruch ein. eitr. Pleuritis (7).
Pocken, über Schutz—impfung u. die Organis. a. d. Lande 28.
—, Reglement d. Schutz—impf. i. d. Ostseeprovinzen 417.
—, Fall v. gleichzeit. Infection von Scharlach u. — (46).
—, über Wind— im Kasanschen Gemeinde-Waisenhaus (48).
Polyaesthesia, Fall von Makro- und — (44).
Polyneuritis, Fall v. — diphtheritica 183.
Processus vermiformis, Fall v. Peritonitis i. F. v. Perforat. d. — 199.
—, s. a. Appendicitis, Typhlitis.
Propaedeutik, Real-Lexicon d. med. — 71.
Prostata, Diagnost. d. —hypertrophie 208.
—, Castration bei —hypertrophie 260 341, (4).
—, d. Behandl. von vergrössert. — 364.
—, Castration weg. — hypertrophie 364.
—, Veränder. d. — b. Thieren nach Castration (29).
Prostatitis, operative Behandlung der — 364.
Prostituirte, Instruction für d. m. d. Untersuchung von —n betrauten Aerzte 91.
—, Bericht über d. Untersuch. d —n in Nowgorod (32).
Protokolle d. deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg 18, 146, 218, 236, 251, 285, 294, 309, 318, 326, 381, 388, 407.
—, —d. Vereins St. Petersb. Aerzte 7, 18, 54, 72, 83, 166, 176, 182, 190, 199, 215, 216, 224, 234, 371, 397. 435.
—, —d. Aerzte-Ver. z. Reval 119, 127, 137.
—, — d. Ges. pr. Aerzte zu Riga 62, 74, 135, 158, 183, 208, 245, 358, 365.
—, — d. livländ. Aerztetages 26, 35, 63, 82, 90. 416, 424. 446, 455.
—, — d. medicin. Ges. zu Dorpat 35, 236, 252, 260.
Prurigo, Behandl. d. — m. Massage 33.
Pseudohermaphroditismus, Fall v. — m. congenital Atresia ani (48).
Pseudoleukämia, Operat. v. —lymphatica 148.
Psychiatrie, gerichtliche — 146.
—, Geschichte. d. — in Russland 224.
—, Vorlesungen üb. — 396.
Psychose, Fall v. — n. Erysipelas (21).
—, Casuistik d. —n b. d. Basedowschen Krankh. (33).
—, s. a. Irre, Irresein.
Puerperium, typische Curven d. —s 126.
—, Therapie der Uterusmyome im — (3).
Purpura, — im Kindesalter 25.
—, s. a. Morbus maculosus, Peliosis.
Pyelonephritis, Fall v. eitrig. — (35).
Pylorus, Resection d. — b. Carcinom (8).
Pyonephrosis, — dext., Exstirpat. u. Heilung 120.

R

Radix apocyni cannabini, physiol. und therap. Wirk. von — (44).
Real-Encyclopädie d. ges. Heilkunde 234, 260.
Rectum, Untersuch. Kreissender per — (2). (54).
Reiz, klin. Unters. über d. Wirkung äuss. local. —e 145.
Resection, Fall v. — d. Hüftpfanne u. d. Femurkopfes weg. Osteomyelitis 254.
—, osteoplast. — d. Fusses (4).
—, — d. Pylorus b. Carcinom (8).
—, Darm— weg. Ileus (11).
—, über die Technik d. osteopl. — d. Schädelknochen (38)
—, Fall von — cubiti trochleiformis (40).
Resorption, — einiger Arzneimittel im Magen bei gesunden Frauen (26).
Retinitis, Fall v. — proliferans (41).
Rhachitis, — hämorrhag. (Barlow'sche Krankheit) 15.
Rheumatismus, — bei Säuglingen (21).
—, Haut— (47).
Rheumatismus articulorum, s. Gelenkrheumat.
Rhinitis, Fälle v. — pseudomembranacea 120.
—, z. Lehre v. d. — fibrinosa 135.
Rhinoliten, z. Casuist. d. — (54).

S

Saeugling, Diätetik d. —s i. d. ersten Woche 36.
—, Rheumatismus bei —en (21).
—, Diphtherie b. —en (33).
—, s. a. Ernährung.
Saeure, üb. —autointoxication u. causal. Behandl. d. Aphten (16).
Salben, über d. Wirk. d. — m. besond. Berücksicht. d. Constituentien 369.
Salicylsäure, Einspritz. v. — b. Uteruscarcinom (8).
Salol, Behandl. d. Scharlachs m. — u. Milchdiät 120.
—, — b. Cholera (21).
Sarcom, Fall v. —a medullare renis 120.
—, Behandl. v. Gaumen— m. Erysipeltoxin 255.
—, primäres — d. Mandel, Entfern. (31).
—, Fall v. idiopathischem multipl. Pigment-Haut— (32).
—, Pigment— d. Iris u. Corp. ciliare (41).
—, über Verpflanz. d. —a globocellulare auf gesund. Körpertheile (42).
—, Fall v. multipl. globocell. alveol. — d. Vagina (56).
Schaedel, Behandl. d. compl. —brüche 77*.
—, über complicirte —fracturen 92.
—, Schallleitungsfähigkeit d. —knochen (8).
—, z. Casuist. d. —verletz. (12).
—, über d. Technik d. osteoplast. Resection d. —knochen (38).
Scharlach, Behandl. d. —s m. Salol u. Milchdiät 120.
—, Fall v. gleichzeit. Infection v. — u. Pocken (46).
Schnürleber, über d. — (42).
Schwangerschaft, Ursache d. mehrfach. — 34.
—, — im rudimentär. Nebenhorn 36.
—, Extrauterin— m. ausgetr. Frucht 184.
—, Morphiumwirkung b. — 274*.
—, Diagnose d. frühesten —speriode 368.
—, Die äussere Untersuch. b. — 371.
—, seltener Fall v. mehrfacher — (3).
—, — u. Geburt b. erhalt. Hymen (6).
—, Fälle v. extrauteriner — (22).
—, Herzfehler in der — (36).
—, über unstillb. Erbrechen b. — (37).
—, Fall von Uterusruptur in d. — (55).
Schule, Einfl. d. Volks— auf d. Gesundh. d. Schüler (19).
—, professionelle medicin. —n (19).
—, sanitätsärztl. Aufsicht in den —n (56).
Scopolamin, Wirkung d. —s auf das Auge (5).
Scorbut, üb. die —epid. i. Ismailow G.-Regiment 1893 (52).
Secale cornutum, s. Ergotin, Ergotismus.
Sehen, über das binoculäre — 253.
— über Störung d. binoculären —s 254.
—, Fall v. Wiederkehr d. —s n. absoluter Blindheit (51).
Sehnenreflexe, d. — b. Gesunden (40).
Sensibilität, Appar. z. Bestimm. der Haut— (8), (13).
Serumtherapie, — d. Diphtherie 39*, 53, 81, (6), (15), (17), 224, 300*, (20), (46), (48).
—, Erfahr. m. — 184, (48).
—. Beiträge z. — 215.

Serumtherapie, — bei Croup (28).
—, Technik d. Gewinng. d. Blutserums u. d. — (33).
—, — d. Syphilis (44).
Skiaskopie, über — (41), (43).
Sklerom, — d. Conjunctiva palpebr. (43).
Sklerose, über — d. Nervenstämme b. spont. Gangraen (46).
Skoliose, über habituelle — 11*.
—, Behandl. d. — 215.
—, Hülfsmittel d. Spondylitis- u. —n Therapie 398.
—, Holz-Corset b. Behandl. d. — 437.
Somnal, — als Hypnoticum (9).
Spermin, Wirk. d. —s a. d. Blut (50).
Spina bifida, über operat. Behandl. d. — 369.
Splanchnoptose, Fall v. — 318.
Splenorrhaphie, über — (44).
Spondylitis, Hülfsmittel d. —Therapie 398.
—, Fall v. — d. Halswirbelsäule 365.
Staub, bakterioskop. Untersuch. d. —es in den Hospitalzeughäusern (26).
Sterilisator, d. Theemaschine als — (9).
—, chirurg. — f. Marinelazarethe (12).
Sterilität, über primäre — 427.
—, — b. Erkrank. der Genitalien (1).
Stirnhöhle, über d. entzündl Erkr. d. — u. ihre Folgezustände 119.
Stoffwechsel, — d. Kinder v. d. Geburt bis z. Beend. d Wachsth. 82.
Struma, — operat. b. Morbus Basedowii 137.
—, über Thymusfütter. b. — u. Morbus Basedowii 270.
—, Fälle v. Behandl. d. — mittels Thyreoidea (23).
Sublimat, üb. subconjunctivale —injectionen 305.
—, Peroneuslähmung in Folge von —injection 358.
Sycosis, Hydrotherapie b. — (33).
—, über die Behandl. d. — (37).
Symphyse, eiterige Zerstörg. d. — i. Wochenbett (30).
Symphyseotomie, d. —n u. Laparot. in der Frauenabtheil. d. Rig. Stadtkrankenhauses 365*.
—, Fall von — (19).
—, Fälle von — i. d. Landpraxis (32).
—, Fall v. — i. d. Landpraxis (44).
Syphilis, Verbreit. d. — in Livland 63.
—, z. pathol. Anatomie d. — 64.
—, Herzerkrank. b. — 64.
—, Gelenk- und Knochenerkrank. bei — 83.
—, heutiger Stand d. — therapie 83, 107*, 115*.
—, Zusammenhang von — und progressiv. Paralyse 83, 155*.
—, Bedeutg. einig. Augenkrankh. für die Diagnose d. — 83.
—, Beziehungen d. — z. Gelenk- u. Knochenerkrankungen 83.
—, Maassnahmen zur Bekämpfung u. Verhütung der — in Livland 90.
—, über die Verbreitung d. — in Livland 98.
Syphilis, Erkrank. d. kl. Gefässe b. — 262.
—, Augenstör. b. — d. Centralnervensystems 316, 434.
—, klinische Mittheilung üb. — 365.
—, Fall v. vernachlässigter — 397.
—, Quecksilbercur b. — (3).
—, Chloranämie bei — geh. d. Quecksilber (14).
—. d. Salz v. Borshom b. d. —behandl. (16).
—, Behandl. d. — m. intraven. Sublimatinjectionen (31).
—, Decoctum Zittmanni b. — d. Nervensystems u. and. Erkrank. (34).
—, Materialien z. Aufklär. d. Todesursache b. congenit. — b. Neugebor. (35).
—, d. — in Sibirien (42).
—. Maassregeln z. Bekämpf. d. — (43).
—, Behandl. d. — m. Blutserum (44).
—, Bekämpf. d. — a. d. Lande (48).
—, Behandl. d. — m. Quecksilberinjection (54).
Syringomyelie, Fall v. — 365.

T

Tabes, über d. Aetiologie und Pathogenese d. — dorsalis 233.
Technik, Handb. d. ärztl. — 407.
Testikel, Entblössung d. — u. d. penis (4).
—, s. a. Castration, Kryptorchismus. Orchitis.
Tetanie, Fälle v. — b. Kindern (16).
Tetanus, — nach Schussverletzung d. Rückens 74.
—, —Heilung durch subcutane Carbols-Injectionen (24).
—, Therapie d. — traumaticus mit Injectionen d. Antitoxins (27).
Therapie, Pathologie u. — d. Nervenkrankheiten 71.
—, Handb. d. spec. — der inneren Krankheiten 71, 190, 397.
—, spec. Pathologie u. — 119.
—, — d. Harnkrankheiten 146.
—, Vorles. üb. Pathol. u. — d. Kindesalters 342.
Thioform, über Anwendung d. — (53).
Thränensack, Exstirpat. d. —s 252.
—, s. a. Blennorrhoe.
Thrombose, — d. Aeste d. Bauchaorta (11).
—, Fall v. — d. sinus cavernos (51).
Thymus, über —fütter. b Kropf- und Morbus Basedowii 270.
—, Exstirpation d. — (21).
Thyreoidea, Fälle von Behandlung der Struma mittels — (23).
—, Veränd. d. — b. einigen acuten Krankheiten (35).
—, üb. d. Wirk. d. — auf d. thier. Organism. (36).
Thyreoidin, — b. Myxoedem (8).
Tod, d. Mechanismus d. —es (25).
Tolusal, Anwend. v. — bei Gelenkrheumatism. (6), (36).
Tonsillen, Primäres Sarkom d. —, Entfernung derselben (31).
Toxicologie, Compend. d. pract. — 25.
Tracheotomie, Fälle v. letal. Blut. n. — b. Diphtherie 213*.
Trachom, mechan. Behandl. d. —s (16).
—, Behandl. d. —s m. Massage (44).
—, Ueber die Ursachen des —s 451*.
Transplantation, Schleimhaut— bei Defect. d. Harnröhre (4).
—, Thiersch'sche Haut — b. Geschwüren (15).
Tremor, d. — als Symptom b. Nervenkrankh. (6).
Trepanation, Fall v. — d. Schädels b. Epilepsie 218.
—, — b. Otitis (5).
Trichorrhexis, üb. — nodosa 349.
Trional, — als Hypnoticum (9).
Trüffeln, d. in Deutschl. vorkommend. — 72.
Tuba Eustachii, Behandl. d. Erkrank. d. — (48).
Tube, geplatzte —ngravidität 253.
—, Geschwulst d. — (2).
—, üb. accessor. —n u. —nöffnung. (55).
Tuberculöse, Nothwendigkeit v. Sanatorien für heilb. unbemittelte — (24).
Tuberculose, z. Therapie d. Lungen— 28, 36.
—, Ueber die diagnost. u. progn. Bedeut. d. Zahnfleischsaumes bei der Lungen— 89*.
—, Behandl. d. Lungen— m. Ichthyol 284.
—, Pathogenese, Symptomatolog. und Behandl. d. Lungen— 365.
—, neue Arzneimittel in d. Therap. d. — 405.
—, Bez. zwisch. seröser Pleuritis u. — 446.
—, — der Zunge (15).
—, z. Behandl. der Lungen— (16).
—, Inject. von Antiphthisin (Klebs) bei Lungen — (20).
—, Erkrank. d. Militärpers. an — u. d. Dauer d. Dienstzeit (26).
—, subcutane Injectionen v. Aristol b. Lungen— (27).
—, Infect. m. — durch d. Genital. (33).
Tussis convulsiva, s. Keuchhusten.
Typhlitis, s. Appendicitis.
Typhus abdomin., Fall v. Perforation d. Darmes bei — 71.
—, Kehlkopferkrank. b. — 358.
—, Einfl. d. Fiebertemperat. auf das Wachsthum d. Bacillen d. — 369.
—, Bakteriolog. Blutunters. b. — 406.
—, — b. Kindern (10).
—, Ueber Otitiden b. — (23).
—, über Complicat. d. — m. Gelenkentzündg. (28).
—, Periostitis b. — (32).
—, Fall v. motor. Aphasie b. — b. e. Kinde (36).
Typhus exanthematicus, z. Therap. d. — (35).
—, bakteriolog. Untersuch. b. — (44).
—, über Anwend. d. Guajacol b. — (50).
—, Verlauf d. — b. Wannenbehandl. (49).

Typhus recurrens, maligne Neubild. n. — (44).

U

Ulcus molle, über chirurg. Behandl. d. — (47).
Untersuchung, Lehrb. d. klin. —smethod. 424.
Urethra, Heil. von Defect. d. — durch Schleimhaut-Transplantation (4).
Uterus, z. Casuist. d. —ruptur 35.
—, Schwangerschaft im rudiment. Nebenhorn d. — 36.
—, über Frühdiagnose d. —carcinoms 92, 253. 321*.
—. Fälle von Gravidität d. — 137.
—, Fall von hochgrad. Rigidität d. Portio vag. und Conglutinat. des —mundes 189*.
—, vaginale Exstirpation von —myomen 249*.
—, Fälle v —myomen 245.
—, vagin. Köliotomie bei Erkrank. d. Adnexe d. — 259*.
—, Fall von partiell Obliter. d. —höhle 262.
—, über Behandl. d. Retrodeviationen d. — 302.
—, Igniexstirp d. — bei Carcinom. 302.
—, neue Operat. Methode d. —carcinoms 302.
—, d. abdomin. Exstirpat. d. myomat. — 313*.
—, über Myome und Fibrome d. — u. d. Einfluss auf die Umgeb. 317.
—, Operat. d. myomatös. — p. laparotomiam 353*, 371.
—, —perforation b. künstl. Abort (2).
—, Therapie d. —myome im Puerperium (3).
—, Radicalheil. d. Fibromyome d. — (5).
—, Stenose d. Orificium ext. d. Cervix d. — und ihre Behandl. (5).
—, Casuist. u. Behandl. d. Cervix-Fibrome d. — (8).
—, Behandl. d. —careinoms m. Salicylsäure (8).
—, Technik d. —ausschabung (10).
—. Entfern. d. —adnexa per vaginam (13).
Uterus, neuer —katheter u. —dilatator (15).
—, schwere Complication d. Geb. n. Ventrofixation d. — (21).
—, Fälle von vaginal. Exstirpat. d. carcinomatös. degenerirten — (29).
—, über Leichenstarre d. Frucht im — (30).
—, Fälle v. Hydrocele d. rund. —bänd. (40).
—, Entfern. eines Fibromyoma d. — per Laparotom. (47).
—, Fall von Hernie d. gravid. — (47).
—, Instrument z. Erweiter. d. — (55).
—, Entfern. d. gravid. carcinomat. — per vaginam (55).
—, Fall v. —ruptur in d. Schwangerschaft (55).
—, s. a. Myomotomie.

V

Vaccination, Vaccine s. Pocken.
Vagina, bakterienfeindl. Verhalt. d. —lsecretes 33.
—, zur Casuist. d. —fixation 195*.
—, Stenose d. — (3).
—, Cyste d. — (10).
—, Entfern. d. Uterusadnexa d. d. — (13).
—, Fall v. narbiger Stenose d. — (39).
—, Ausspül. d. — v. u. n. d. Geburt (48).
—, Fall v. Sarcoma multipl. globocell. alveol d. — (56).
Varicellen, Variola s. Pocken.
Verbandmittel, Creosot als — (32).
Verletzung, Fall v. Fuss— 137.
—, — d. Leber u. d. Netzes, Blutung, Laparotomie (4).
—, — d. Duodenum (8).
—, — im Coitus (10).
—, Schädel—en (12).
—, z. Differentialdiagnose vital. und posmortal. —en (45).
—, s. a. Fractur, Luxation.
Vergiftung, — durch Schlangen 146.
—, — m. Kali hypermang. 329*.
—, — m. Carbolsäure (18).
—, — m. Phosphor (20).
—, — m. Kali chloricum (33).
—, s. a. Autointoxication, Toxicologie.
Vichy, die Quellen von Borshom u. — (45).

W

Wasser, Untersuch. d. —s 7.
—, z. Fr. d. —retention im Fieber. 406.
—, Einfl. d. Contrexéville—s a. d. Ausscheid. d. Harnsäure (1).
—, d. russ. und ausländ. Mineral— (8).
—, Gewinn. sterilis. —s m. d. Theemaschine (9).
—, Verhalten d. —bakterien z. d. d. — zugesetzten Sauerstoff (26).
—, Wirkg. v. Eisen— auf d. Hämoglobingehalt im Blut Anämischer (27).
—, Qualit. Bestimm. d. Bakteriengehaltes d. Angara-Fluss—s. (33).
—, d. Mineral— v. Borshom b. Erkrank. d. weiblich. Sexualapparates (48).
Watte, über hygroskop. — (52).
Wochenbett, s. Puerperium.
Wundbehandlung, Princip. u. Techn. d. — 35.
—, s. a. Antiseptik, Aseptik.

X

Xerophthalmus, operat. Behandl. d. — (7), (41).

Z

Zahnheilkunde, Repetitorium d. — 44.
Zange, Modific. d. geburtsh. — (10).
—, Zweck d. sog. hohen — (30).
—, üb. d. — (30).
Zelle, d. —n d. Gewebe 34.
Zucker, Einfl. d. Trauben—s a. Gesunde (13).
—, Einfl. d. Rohr—s a. Assimilat. u. Stoffwechsel (13).
Zunge, Tuberculose d. — (15).
—, s. a. Makroglossie.
Zungendrüse, d. Pathol. d. — in Verbind. m. d. brettharten Halsinfiltraten (40).

Namen-Register.

Abbé, 71, 396.
Abelmann 81.
Adelheim 41.
Adolphi 385*.
Arsenstadt (8).
Afanassjew (44), (49).
Akinfijew (56).
Alelekow (22).
Alexander 260.
Alexandrow (22).
Alexejew, A. (8).
Alexejew, N. (48).
Alexejew, Th. (23).
Alexejewitsch u. Borissowitsch (53).
Alexejewski, St. † 112.
Allik (18).
Amburger, G. † 278
Anders 7, 18, 215, 251.
Andogski (7).
Andogski, Bellarminow u. Dolganow (25).
Andreesen 89*.
Angerer, 335.
Antonewitsch (17).
Anufrijew (2), (54)
Appel 277.
Apping 80.
Arkawin (45).
Arnould (6).
Aschurkow, N. † 44.
Assmuth, 147, 309.
Atheoton 82.
Awdykowitsch (44).

Bach 309.
Baetge 119, 128.
Barabaschew (41)
Bardeleben † 327.
Battey † 427.
Bechterew 61.
Beckmann, W. (2), (10), (32), 353*, 398.
Behr 35, 92, 245.
Beketow, A. † 65.
Bellarminow (19).
Bellarminow, s. a. Andogski, — u. Dolganow.
Beloussow (56).
Bencze (25).
Benda, s. Lewin u. B.
Benewoleuski, P. † 408.
Bereskin (4).
Berestnew, s. Jewczki u. B.
Berg, Fr. 88, 115*, 358.
Bergengrün, 158, 345*, 358, 403*, 417
Bergmann, A. v. 92, 151*.
Berkholz 183.
Bernstein (46).
Bertenson, J. † 128.
Bertels 74, 161*.
Bidder, A. † 295
Bidder, E. 146.
Billroth 424.
Blessig 190, 349
Blumenau (13), (32).
Blumenthal 131*.
Boas 7, 199.
Bobrizki (18)
Boehm u. v. Dawidow 190.
Bogdanow (30).
Bogdanow - Beresowski (26).
Bogoljubow (12).
Bondarew (45).
Bondyrew (16).
Borck, N † 128.
Borgherini 233.
Borissowitsch, s. Alexejewitsch u. —
Bormann (28)
Borowikow (40).
Botkin (23), (35).
Brackel, A. v. 261
Brandt, A. (2), (3).
Bresgen 309.
Breslauer 369.
Brenning 146.
Brjuchanow (23).
Brshesinski (55).
Buchholz, 39*, 184, 213*, 245.
Budsko, W. † 19.
Bum u. Schnirer 26.
Burgsdorf (37).
Burlakow (30).
Burland (48).
Burmin (38)
Butz (23).
Buxbaum 15.

Cabot 364.
Camerer 82.
Cathomas 335.
Cavallero u Riva Rocci 406.
Chanutina (44).
Chelmonski 145.
Chlebnikow (46)
Chlebnikow, s Gorochow u. —
Chlopin (26).
Chmara-Goldfeld, W † 93.
Chmelewski (9).
Cholmogorow (25), (30).
Cholowinskaja (32)
Cholschewnikow (47).
Chonsizki (10).
Choschew (8).
Chosjainow, A. † 390
Chrshonschtschewski (20).
Conner 395.
Curschmann, s. Schuffner u. Co.
Czerny 423.

Dahlfeldt 83.
Daragun (51).
Dauriac 255.
Davis 370.
Dawidow, v. s. Boehm u. —
Dedjurin (5).
Dehio, K. 26, 28, 36, 64, 102, 236, 252, 255, 263, 337*, 373*, 416, 448.
Delizin, (32), (38).
Demidowitsch (26).
Demitsch, (33).
Dennis 388.
Deubner 208.
Deutschmann 301.
Dimant (10).
Dmitrijew, A. † 57.
Dobbert (30), 436.
Dobroklonski (33).
Doederlein 284.
Doerbeck (44).
Dolganow, s. Andogski, Bellarminow u. —
Dombrowski 176.
Dombrowski, J. s. Schadikowski u. D.
Donner, A. † 270.
Dotschewski (43), (44).
Dowejinski, (28).
Dragendorff 364.
Dranizyn (52).
Dratschew, J. † 148.
Drshenewitsch (12)
Dsershgowski (37)
Dubrowin (4).
Dührssen 35.
Düring 365.
Dujardin Beaumetz † 65
Dwornitschenko (43).
Dydalewitsch, J. † 128.

Eckert (39).
Edelberg, J. † 9.
Edinger 284.
Eichhorst 190. 446.
Eiger (6).
Ekehorn, s. Landstroem u. — 415.
Eliasberg (41).
Engelhardt 411*, 448.
Enmann 340*.
Epifanow (50).
Erdberg 158, 358.
Eremejew (34).
Erikson (17).
Escherich 34.
Eulenburg 35, 234, 260.

Fabricius 317.
Fadejew (47).
Falkenberg (44).
Faur (10).
Favius (8).
Fawizki (14), (56).
Fedorow, S. (4).
Fedorow (41).
Fedorowskaja-Wiridarskaja (55).
Fedorowski (39).
Fedulow (55).
Feiertag, 261.
Feinberg (9).
Feldt, 224.
Felsenthal 135.
Fenomenow (10)
Feodossjew (28).
Filatow, A † 84.
Filatow, Kusskow und Newjeshin (40).
Filonowitsch (3).
Fischer, C. 341.
Fischer, E. 70.
Fischer 63.
Flanau (1).
Flatan 284.
Flittner (42).
Forniliant (42).
Frankenhäuser 285, 286.
Frankowski, Wl. † 138.
Fraser 406.
Freiberg, H. † 408.
Freymann, A. † 227.
Fridberg, (27).
Frolow (19), (43).
Frühwald 15.
Fuchs 72.
Fuerst 15, 43.
Fuerst, s. Lunz u. —
Fuerbringer 146.

Gabrilowitsch (20).
Gabritschewski (8).
Gad 71.
Gaertner 34.
Gamalei (26).
Garfinkel (5).
Gauster, M. † 112.
Gazkewitsch N. † 44.
Geigel u. Voit 424.
Georgiewski (24), (26), (36), 222*.
Germann 54, 435.
Gerster 396.
Gesselewitsch (24).
Gilbert 195*.
Giljarow, M. † 408.
Gladin (35).
Glybowski, W. † 138.
Goetschel 245.
Goldenberg, J. † 449.
Goldenblum (50).
Goldstein, Il. † 57.
Goljachowski (39).
Golowin (11), (41).
Golowkow (52).
Gontscharow (42).
Gorjanski (25), (35).
Gorochow (6), (45).
Gorochow u. Chlebnikow (44).
Gottstein † 29.
Gottstein u. Schleich 111.
Graebner 305*.
Graefe 302.
Granowski (27).
Graubner 253.
Greiffenhagen, 120, 137, 429*, 456.

Grigorjew (23).
Griwzow (12), (27), (47).
Groedel 157.
Groedinger (54).
Groes (33).
Grosz 25.
Grube 277.
Gruenberg (7) (15), (21) (48).
Gruenberg, O. † 287.
Grusdew (7), (14), (20), (27).
Grusdew u. Polotebnow (32).
Gubarew (21), (55).
Guenzburg, J. (6), (18), (42), (48), (51).
Guenzburg, M (17).
Gueterbock, L. † 84.
Gulbinski, W. † 37.
Gurewitsch (43).
Gurin (16), (45).
Gurwitsch (1).
Gussarow (25).

Haab 82.
Hach 245.
Hackel 18.
Halberstam, M. (18).
Hagen-Torn (12), (38), (47), 199.
Haller (20).
Hamornik, J. † 44.
Hampeln 64, 67*.
Hansen 120.
Harkawi, J. † 112.
Hartge 260.
Hase (53).
Hasse 234.
Hatschell 33.
Heerwagen 74, 91.
Hegar 16, 368.
Heimann (34).
Heinzel 405.
Held, J. † 104.
Helferich 260.
Hellin 34.
Henrici, A. v. † 3:7.
Hensel 15.
Heppener (27).
Hermann (48).
Herrmann 182.
Hertwig 34.
Herzenstein (42), (48).
Hesse 72.
Heusner 415.
Hippius (15), (29).
Hirt 71.
Hoegerstedt 1*31*, 59*, 95*, 123*, 141*, 179*, 211*, 240*, 265, 281*, (24).
Hoeppener 137.
Hoffa 62.
Hoffmann 208.
Hohlbeck, M. † 279.
Hoppe-Seyler, F. † 287.
Horn 18, 216, 398, 437.
Hovorka 199.

Ignatow (34).
Ignatowski (20).
Iljisch (14).
Ippa (35), (50).
Iwanow, J., s. Schtscherbakow u. —
Iwanow, N. (10).

Jackson 33.
Jaesche 253.
Jaffé 35.
Jagodinski (26).
Jakimowitsch (14).
Jamieson 44.
Janowski (24), (46).
Januschewski (51).
Jaroschewski (1).
Jarussow (8).
Jastrebow, J. † 104.
Jefimow (44).
Jegorow (56).
Jelissejew, A. † 192.
Jewezki (14), (41), (43) u. Berestnew (33).
Jinsen 286.
Johnson 255.
Jolli 15, 118.
Joseph 370.
Jurassowitsch (53).
Jurjew, (39).
Jurkewitsch (16).

Kablukow (8), (33), (54).
Kadjan (36).
Kahn, E. 144.
Kamenezki, V. † 29.
Kannegiesser (30).
Kapljanski (6).
Kapustin (7).
Karago, X, † 104.
Karpow (40).
Kasanski (32).
Kassimenko W. † 419.
Katschanowski (12).
Katz, R. (13). (19), (41). (43), (51).
Kaufmann (55).
Kazaurow (37).
Keilmann 34, 36, 274*.
Kentmann, 444*.
Kernig, (20), 236, 294, 327.
Kessler 92, 253, 255, 262, 313*, 321*.
Kieseritzki 262, 363.
Kirikow 110.
Kisch 187*.
Kissel (28), (44), (46).
Kistjakowski (56).
Kiwull 64, 446.
Klausinskaja (2).
Kleinberg 221*.
Klemm P. 62, 74, 185, 245, 358.
Klemperer 424.
Klimenko (25).
Kljatschkin (42).
Klopotowitsch (53).
Knoch (35).
Knorre 36.
Knüpffer 137.
Kobert 25.
Koch, C. 426.
Koch, M. (36).
Koch (48).
Koenigsberg (25).
Koerte 118.
Kokorin, N. † 121.
Kolotowski (35).
Kondakow (27).
Kondaratski (16).
Kondratjew (31).
Konitz, L. † 427.
Kontrym, J. † 84.
Koppel 27.
Kortnew (41).
Koschucharew (6).
Koshewnikow (15)
Kosminin (26).
Kossel 53.
Kossorotow (16).
Kotschurowa (38).
Kowalski (16).
Kozowski (16).
Krafft-Ebing, v. 146.
Krassnobojew (3), (22).
Krassnoglasow (40).
Krassnopolski, C. † 93.
Krassnow (34).
Krawtschenko (4).
Kreps (17).
Krewer 215.
Krjukow (41).
Kroug 200, 217.
Kruedener 204*.
Kruedener 451*.
Krueger, F. 28.
Krupezki (21), (28), (45).
Krusenstern (39).
Kube (55).
Kuelz, E. † 19.
Kuesel (31).
Kuestner 87*.
Kudinzow (43).
Kudrjaschew (16).
Kudrjunskow (52).
Kuhnt 119.
Kulbin (13), (56).
Kundrjuzkow (17).
Kupidonow (2).
Kuskow (11), (23).
Kuskow, s. Filatow, — u. Newjeshin.
Kutschin † 457.
Kyber (11).

Landau (22).
Landesberg, M. † 104.
Landesen 137.
Landstroem u. Ekehorn 115.
Lepkow (10).
Laquer 137.
Latschilow (6).
Lebedew, W. † 93.
Le Gendre 146.
Leichtenstern u. Wendelstadt 277.
Leloir 250.
Leuhartz 397.
Leopold 126.
Lesin, (29), (32), (45),
Lewaschew (7), (56).
Lewin (39), (56).
— u. Benda 15.
Lieberson (18).
Liebreich 285.
Lindenbaum, W. † 192
Lingen 436.
Lipinski (39).
Litten 90.
Ljambl, F. † 75.
Ljessnikow, T. † 128.
Ljubomudrow (51).
Ljwów, J. (6), (13), (43).
Ljwow, N. (5).
Ljwow (30), (36).
Loebisch 318.
Löhlein 370.
Loschtschilow (36), (38).
Loshetschnikow (41).
Ludwig, C. † 137.
Lukomski (53).
Lunin 54, 2·7, 318, (54).
Lunkewitsch (19).
Lunz (6), 64, 262, 263.
— u. Fürst (36).
Lyelston 369.

Mackenrodt 302.
Magnan 396.
Magnus, A. v. † 327.
Maklakow, A. † 192.
Maklakow (41).
Malyschewski, N. † 128.
Mandelstamm, E. 34.
Marti 309.
Marzikani, A. † 400.
Masing, 18, 21*, 191, 251, 381, 389.
Maslenikow, P. † 9.
Maslow (1).
Maslow, N. † 9.
Massen (55).
Matwejewa (44).
Maximow (38).
Maydell, v. 127, 128.
Medwedewa (23).
Menge 33.
Menicanti u. Prausnitz 175.
Messarosch (7).
Mey 358, 456.
Meyer, L. v. † 148.
Meyer 417.
Michalkin (8).
Michelson 257*.
Middeldorpf, C. † 84.
Mikulicz 270.
Minin (32).
Minor (8).
Minz (48).
Miram 215.
Mironowitsch (39).
Mironow, M, (10), (48).
Mitropolski (5).
Mlodsejewski (53).
Mobitz, F. † 390.
Möbius 62.
Moll 224.
Molliére 295.
Moltschanow (19).
Monti 126.
Moor (56).
Morgunow (48).
Moritz 166, 176, 407.
Morkotun (47).
Moser 43.
Mosolewski (53).
Muehlen v. z. 77*, 92.
Mueller, M. 369.
Mueller W. (25).
Muellerheim 371.
Mundé 71.
Munk u. Uffelmann 284.
Munt (25).
Muratow (3), (9), (39), (42).
Murawjew, W. (46).
Murinow (47).
Murisier, L. † 93.

Nasarow (31).
Natanson 166.
Nedorodow (15).
Neschtschadimenko (34)
Nesterow (56).
Neustab (21), (27).
Neweshin s. Filatow, Kusskow u. —
Nikolski (39).
Noeschel (19).
Nossenko, s. Wereschtschagin u. N.
Nothnagel 119.

Obolenski (29).
Obraszow (33).
Ochotin (11).
Ohlmüller 7.
Okintschiz (6).
Olshausen 302.
Omeltschenko (48).
Openchowski (43).
Orlow (34).
Orlow, D. † 57.
Orlowski 5, (46).
Oscherowski (24).
Ostrowski (56).
Ott (5).
Otto 393*.
Owtschininski (5), (48).

Pagenkopf, C. † 391.
Palatschenko (52).
Papkow (13).
Pargamin (1), (3).
Pasteur, L. † 335.
Pawlow (10), (35).
Pawlowskaja (24).
Pawlowski (43).
Peckham 71.
Penzoldt u. Stintzing 71, 190, 397.
Peretz (36).
Petersen 18, 72, 83, 107*, 295, 297*, 349, 397, 417. (26), (43).
Pjassezki (42). (47).
Plotnikow 120, 137.
Podres (25).
Poehl (14).
Pokrowski, J. † 390.
Poljakow (41).
Polotebnow (27).
Polotebnow, s. a. Grusdew u. —
Pombrak (39).
Popow, M. (16).

Popow, P. (54).
Popow, W. † 371.
Posdnjakow, W. † 65.
Posner 146.
Possashny (50).
Postojew (25).
Postowski (54).
Potejenko (2), (5).
Potschtarew (56).
Powarkin (53).
Prausnitz 44.
Prausnitz, s. a. Menicanti u. —
Predtetschenski (15), (33).
Prokopenko (51).

Quioc 120.

Rabinowitsch (41).
Rachmaninow (39).
Radswizki (41).
Radzich (54).
Raiford 25.
Ranke 135.
Rasumowski (3), (20), (37), (38).
Rawnizki (18).
Rechtsamer (17), (50).
Redelien 245.
Regnault J. † 75.
Reichsfeld (42).
Reinicke 6.
Reisner 27.
Reitz 342.
Remak 370.
de Renzi 365, 405.
Repenak (17).
Resnikow (5), (18).
Resser (46).
Richter 225.
Ricker, C. † 84.
Ried, F. v. † 227.
Rieder 407.
Riesenkampff, Al. † 449.
Rimscha 245.
Rimscha 453*.
Rincheval 118.
Riva Rocci. s. Cavallero u. —
Roberts 369.
Robinson, A. † 93.
Robson 369.
Rodionow (16).
Rodsajewski D. † 9.
Rogoshin, B. † 75,
Rokitansky 348.
Romine 370.
Rosenbach 119.
Roshanski (26).
Rossolimo (8).
Rostowzew (33), (36).
Roth, W. (22).
Rothe 224.
Rshewkin, J. † 65.
Rubinstein (42).
Rudnew (42).
Rudnizki (1).
Rutkowski, G. † 121.

Sacharbekow (26).
Sacharjin (45).
Sack (19).
Sadikoff, 28.
Sajaizki (29).
Salkowski 295.
Samson 120, 300*.
Samurawkin (52).
Savory W. † 93.
Scarpa 284.
Schabert 208, 361*, 365 448.
Schaeffer 397.
Schaffer 416.
Schendikowski u. Dombrowski J. (7).
Scher (34).
Schewewel (1), (21).
Schiele 171*, 189*.
Schimanowski (41).
Schimmelbusch † 279.
Schiperowitsch (6), (10) (17), (18), (42), (48), (50).
Schleich, s. Gottstein u. —
Schlossmann 62.
Schmidt, A. 215.
Schmidt, F. (13).
Schmidt, M. 62.
Schmitz 18, 148.
Schnirer, s. Bum u. Schn.
Schoenfeldt 365.
Schrader 126.
Schroeder, A. v. (32).
Schroeder, Th. 56, 252.
Schtschadski (25).
Schtscheglow (56).
Schtscherbak u. J. Iwanow (44).
Schtscherbinski (6).
Schüffner u. Curschmann 90.
Schujeninow (11).
Schulte 309.
Schulten 118.
Schulz, H. † 287.
Schulz J. † 65, 138.
Schumann 148.
Schurigin (31).
Schurz 244.
Schuster 47*.
Schwartz, H. 184.
Schwarz, M. (16).
Schwarz, J. 415.
Schwerin, J. † 427.
Sdanowitsch, P. † 408
Selenew (14), (26).
Selenkow 229*.
Senator 284.
Serenin (4), (15), (44), (46).
Shbanow (3), (38), (39).
Shbankow (19), (31), (33).
Shirmunski (5), (43).
Shepherd 369.
Shukowski (21).
Shukowski † 457.
Silbermann 33
Simtschenko (48).
Skoritschenko - Ambodik (25).
Skorodumow (19).
Sletow (15), (33).
Smirnow, J. † 37.
Sobestianski (55).
Sokolowski, E. 83, 155* 441*.
Spanbock (53).
Spitzer † 9.
Ssadikow 417.
Ssadokow † 112.
Ssapeshko (4).
Ssapir, J. † 112.
Ssaweljew (21).
Ssawitsch (41).
Ssegal (5), (41), (42)
Ssenjagin, G. † 104.
Ssenkow, (6).
Sserebrennikow, W. † 29.
Ssimanski (52).
Ssizinski (55),
Ssokolow, D. (10).
Ssokolow, W. (35).
—, A. (35).
Ssolowjew (2), (26), (29).
Ssorokina B. 19.
Ssorokin J. † 270.
Ssuchanow (33).
Stackmann (52).
Stadnizki (7).
Stahlberg, E. † 37.
Stefanowski (40).
Steffens, E. 148.
Stein (5), (6), (18).
Stepp 423.
Stintzing, s. Pentzoldt u. —
Stolz (30).
Strasser 158.
Strassmann 126.
Strauch (22).
Ströhmberg, 42*, 51*, 254.
Stroganow (9).
Stukowenkow (54), (3).
Sturmann 190.
Süsskand (6).
Swijacheninow 149.
Swinjazki (16).
Sykow 44.

Tafius (37).
Tappeiner 317.
Tarnowski, (5).
de Tarra 44.
Tartakowski (33).
Tauber (31).
Teichmann, L. † 419.
Tekutjew (24).
Tepljaschin (4).
Teplow (13).
Thal, (40).
Thayer 364.
Thiele (37).
Thiersch, K. † 148.
Thilo 289*, 318.
Thomson E. 329*.
—, H., 231*, 239*, 249* 259*.
—, L. 11*.
Tichow (22), (29).
Tichow u. Timofejew (4).
Tiemich 406.
Tikanadse (13).
Tiling, A. † 12.
Tiling, G. 7, 135, 199, 218.
Tille (51).
Timofejew s. Tichow u. T.
Tipjakow (3), (40), (46), (47).
Tiskow (12).
Tobeitz (15).
Tomsa, W. † 121.
Trapesnikow (53).
Treu 35.
Treymann 184 365*.
Trofimow (8).
Trojanow (49).
Truhart 35, 63, 90, 92, 98, 252, 254.
Trussewitsch (16).
Tschekunow (27).
Tschemolossow (47).
Tscheremschanski (47).
Tscherewkin (16).
Tschernawkin s. Zirkunenko u. Tsch.
Tschernewski (29), (32).
Tschernomordik - Günsburg (2).
Tschigajew (8), (31).
Tschirikow (16).
Tschirwinski (28).
Tschish, M. † 128.
Tschistowitsch (37), 273*, 324*, 330*, (49).
Tschlenow (23).
Tschudnowski (19).
Tuke, H. † 121.
Tupizyn, C † 148.
Turshanski, V. † 29.

Uffelmann, s. Munck u. —
Ughetti 119.
Uhthoff 316, 434.
Ulesko-Stroganowa (55).
Unna 17.

Vedeler 427.
Veit, F. † 227.
Verneuil, A. † 227.
Verneuil 145.
Vetlesen 190.
Verworn 365.
Vinaj 175.
Voit s. Geigl u. —
Voss 203*, 245.

Wakulowski, N. † 449.
Waldau † 93.
Wanach 182, 199.
Warneck (8), (22).
Warschawski (6), (18).
Warschawski, J. † 84.
Wassiljew, E. (22).
Wassiljew, S. (45).
Wassiljewski (19).
Watson 364.
Wendelstadt, s. Leichtenstern u. —
Wendrich, L. v. † 138.
Wereschtschagin u. Nossenko (13).
Wermischew, N. † 449.
Wersilow (8), (35).
Westberg, Th. † 19.
Westernik (20).
Westphalen 216, 218, 251, 318.
Wewiorowski (44).
Whitaker Hulke, J. † 84.
White 341.
Wichers 415.
Wigura (31).
Winkelmann 14.
Winogradow (37).
Winternitz 255.
Wirenius (43).
Witwizki (38).
Wlajew (7), (32).
Woinowitsch (24), (50).
Wolfowitsch (36).
Wolfson (28).
Wolkow (40).
Wolkowitsch (4), (13).
Woloschanowitsch, J. † 400.
Woluski (15).
Wostokow, G. † 57.
Wreden (7), (32).
Wwedenski (15), (20), (40), (46).
Wyrubow (31).
Wyschegorodski (52).
Wyschpolski (34).
Wyssokowitsch (19), (32).

Zalesski (14), (26).
Zarukow (3), (46).
Ziegenspeck 215.
Ziegler 342.
Zirkunenko u. Tschernawkin (13).
Zoege-Manteuffel 35, 252, 254, 261, 421*.
Zwingmann 158.
Zyzurin † 457.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, 7. (19.) Januar **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — **Referate:** Reinicke: Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** W. Ohlmüller: Die Untersuchung des Wassers. — J. Boas: Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. — **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.** — **Zuschrift.** — **Vermischtes.** — **Vacanzen.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1895 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten, sowie über die Verhandlungen russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8 Rbl.** für das **Jahr, 4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Grosser Prospect Nr. 7, Quart. 6) **zu richten.**

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. [1]

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Meine Herren!

Die moderne klinische Analyse der Circulationsstörungen fusst auf einer Betrachtung des Kreislaufssystems als eines Ganzen, eines in sich abgeschlossenen Gefässringes, dessen Aufgabe es ist, mit allen seinen Abschnitten für die Erhaltung einer bestimmten Umlaufsgeschwindigkeit des in ihm strömenden Blutes, einer gewissen — wie Liebermeister sagt — «allgemeinen Circulationsgrösse» aufzukommen. Es ist klar, dass zur Integrität des Kreislaufes vollkommene Functionstüchtigkeit aller seiner Gefässabschnitte erforderlich ist. Schädigung dieses Hohlnetzes, gleichviel an welcher Stelle, bedingt Aenderung der Blutbewegung und trifft dadurch alle Theile des Gefässsystems. Jede Erkrankung des Gefässringes, sei sie im grossen oder im kleinen Kreislauf, im Herzen oder an der Peripherie gelegen, ist daher in ihren Gesammtwirkungen zu beurtheilen, und vice versa aus diesen Sitz und Wesen jener primären Ursache zu erschliessen.

Der Klinik den Boden für solche Forschungsmethode geebnet zu haben, ist das unbestreitbare Verdienst von Basch's.

Sein Kreislaufmodell gestattet die Wirkungen aller nur denkbaren, gleichviel an welchen Stellen belegenen Stö-

[1] Die nachfolgende Vorlesung leitet eine grössere Reihe von Krankengeschichten ein, die der Verf. einer genauen klinischen Analyse unterzogen hat, und die, zusammen ein abgeschlossenes Ganzes bildend, im laufenden Halbjahr in unserer Wochenschrift veröffentlicht werden sollen.
Die Redaction.

rungen auf die Blutdruckvertheilung in den von einander gesonderten Gefässprovinzen des grossen und kleinen Kreislaufs direct abzulesen. Die Resultate der mit dieser Vorrichtung ausgeführten Versuchsreihe sind in der 1892 erschienenen Monographie «Allgemeine Physiologie und Pathologie des Kreislaufs» niedergelegt und bilden, weil sie sich Punkt um Punkt mit den bisher bekannt gewordenen Ergebnissen experimenteller Forschung decken, eine sichere Grundlage für klinisches Denken. Gewinnung directer Aufschlüsse über die Schwankungen des Blutdrucks gestattet die Beschränktheit unserer klinischen Untersuchungsmittel ja nur am arteriellen System des grossen Kreislaufs. Und doch ist damit schon viel gewonnen. Denn die Methode, deren Einführung und Ausbildung bekanntlich gleichfalls durch v. Basch und seine Schüler erfolgte, ermittelt wenigstens für jeden einzelnen Fall das erste Glied der Kette; sie liefert einen festen Anhaltspunkt, von dem aus die Beurtheilung des Blutdruckverhaltens in den übrigen Abschnitten des Kreislaufs bedeutend erleichtert ist; sie wird aber noch mehr leisten können, wenn die Beobachtung grundsätzlich bei verschiedenen Körperhaltungen vorgenommen werden wird. Erforschung der Leistungsschwankungen gleichviel welchen Organs oder Organsystems setzt doch nothwendig andauernde Beobachtung der Functionen des Objectes von zwei extremen Punkten aus, d. h. unter einander entgegengesetzten, sich gleich bleibenden Thätigkeitsbedingungen, voraus. Solche innerhalb physiologischer Grenzen sich haltende Bedingungen sind der klinischen Beobachtung des Kreislaufs in der fortgesetzten Untersuchung bei liegender und stehender Körperhaltung gegeben. Die Messung des Blutdrucks am Krankenbett hat den Befund daher stets — ebenso wie die anderen üblichen Untersuchungsmethoden — sowohl im Liegen als im Stehen zu erheben.

Von Seiten der Physiologie ist einer klinischen Behandlung der durch Marey zuerst aufgeworfenen Frage vom verschiedenen Verhalten des Blutdrucks bei wechselnder Körperhaltung bereits bis zu gewissem Grade vorgearbeitet. 1877 hatte A. Salathé durch Messung des Blutdrucks und directe Beobachtung der Gefässe der dura mater festgestellt, dass bei aufrechter Haltung die Versorgung der oberen Körperhälfte mit Blut erschwert ist, dass der Blutdruck dabei nicht nur in den Carotiden, sondern, nach einer kurz dauernden Steigerung, auch in den Cruralarterien absinke. Als Ergänzung hierzu lehrten die 1879 von Paschutin ausgeführten Versuche, dass der Blutdruck in den Carotiden bei der Lage des Versuchsthieres mit dem Kopf nach unten anstieg, und dass er absank bei entgegengesetzter Haltung mit dem Kopf nach oben. Dabei erwiesen sich diese Schwankungen um 3—5 × stärker als die aus vorhergegangenen Versuchen an elastischen Röhren für die in Frage kommenden Aenderungen der hydrostatischen Bedingungen gewonnenen Zahlen vermuthen liessen. Gleichzeitig an den Cruralarterien vorgenommene Messungen hatten ferner ergeben, dass auch hier die Schwankungen des Blutdrucks jenen parallel gerichtet waren, dass sie aber in beiden Fällen hinter der Grösse jener zurückblieben. Paschutin folgerte hieraus, dass das Herz wegen grösseren Blutreichthums des Systems der untern Hohlvene bei mit dem Kopf nach unten gerichteter Haltung des Versuchsthieres stärker gefüllt werde, und dass es daher auch mehr Blut in die Aorta sende. — Die im gleichen Jahre unter Tarchanow's Leitung von Zybulski veranstalteten Experimente bestätigten nicht allein das allgemeine Sinken des Blutdrucks bei mit dem Kopf nach oben gerichteter Haltung, sondern lehrten auch, dass eine deutliche Pulsbeschleunigung nebenher gehe; sie zeigten ferner, dass die bei entgegengesetzter Körperhaltung sowohl in den Carotiden als auch in den Cruralarterien eintretende Steigerung des Blutdrucks mit einer sofort erfolgenden, offenbar durch Reizung des Vaguscentrums bedingten Pulsverlangsamung verbunden sei. Aus der umfänglichen Literatur über diesen Gegenstand ragt noch als letzte der hier anzuführenden experimentellen Untersuchungen die 1882 veröffentlichte, aus dem Laboratorium v. Basch's stammende, sehr bemerkenswerthe Arbeit Friedmann's hervor. Im Allgemeinen müsse es zu einer verminderten Arterienspannung kommen, wenn in der Zeiteinheit dem Herzen weniger Blut zuströmt als aus ihm abströmt; es könne aber ebensowol dem vermehrten Abfluss als dem verminderten Zufluss eine grössere Rolle zukommen. Allerdings könne beim Stehen die Schwere des Blutes im Sinn Marey's den Abfluss in die Arterienbahnen begünstigen und so zu einer verminderten Spannung in den Arterien führen; es sei aber auch möglich, dass im Stehen der Blutstrom in den Venen wegen seiner der Schwerkraft entgegengesetzten Richtung bedeutend verlangsamt werde und dann gerade hierin die Ursache für die Erniedrigung des Blutdrucks zu suchen sei. Eine ähnliche Ueberlegung gelte für die Erhöhung des Blutdrucks im Liegen. Damit eine solche zu Stande komme, müsse der Zufluss aus den Venen ins Herz den Abfluss gegen die arteriellen Bahnen überwiegen. Dies könne ebensogut durch eine Erschwerung des arteriellen Abflusses, als durch eine Begünstigung des venösen Zuflusses erfolgen. — Zu den Bedingungen, die während der verschiedenen Körperlagen geändert werden, gehöre auch die Aspirationsgrösse des Thorax, denn es sei klar, dass beim Stehen die niedersinkenden Därme das Zwerchfell herabziehen und so den Thoraxraum vergrössern müssen. Während des Stehens werde also der Rest von Triebkraft, den der Venenstrom vor seiner Einmündung ins Herz besitzt durch die Thoraxaspiration einen grösseren Zuwachs erfahren, als im Liegen. Läge, wie Marey meint, der Hauptgrund für die Blutdruckerniedrigung beim Stehen in dem durch die Schwere begünstigten arteriellen Abflusse, dann wäre nicht einzusehen, warum bei curarisirten (also künstlich athmenden) Thieren der Blutdruck mehr im Stehen absinkt als bei normal athmenden. Der Blutdruck müsste am normal athmenden Thiere gerade wegen des grösseren negativen Druckes, den das Herabziehen des Zwerchfells bewirkt, noch viel niedriger sein. Dass dem nicht so geschieht, lasse sich nur durch die Annahme erklären, dass die verstärkte Aspiration vielmehr dem gegen die Richtung der Schwerkraft fliessenden Venenstrom zu Gute kommt. — Am curarisirten, künstlich athmenden Thiere begünstigt also die Schwere den Arterienstrom, hemmt aber zugleich den Venenstrom. Da letzterem hier die Aspiration nicht zu statten kommt, muss der Blutdruck beim Stehen eine viel grössere Einbusse erfahren. Aus dem Vergleiche der an normal und an künstlich athmenden Thieren angestellten Versuche ergebe sich also, dass die besagten Aenderungen des Blutdrucks gewiss nicht allein von Aenderungen des Arterienstroms herrühren, sondern dass auch dem Venenstrom diesbezüglich ein grosser Antheil zukommt. Weder die Compression der Brustaorta, noch die der Vena cava, für sich allein vorgenommen, sind im Stande die Blutdruckveränderungen aufzuheben, die unter dem Einfluss verschiedener Körperlagen erfolgen, und es erhelle aus ihnen zur Genüge, dass diese Aenderungen als das Resultat von Vorgängen aufgefasst werden müssen, die den arteriellen sowohl als auch den venösen Blutstrom betreffen. Die Versuche lehrten ferner, dass am curarisirten Thiere die Behinderung des Venenstromes beim Stehen einen wesentlicheren Factor als der erleichterte Abfluss gegen die Arterien darstellt, und dass am normal athmenden Thiere diese Behinderung zum Theile durch die stärkere Thoraxaspiration paralysirt wird.

Schon ein Jahr vor Veröffentlichung der Friedmann-schen Arbeit war, auf Veranlassung des verstorbenen

Prof. Eichwald, Schapiro an die Lösung dieser Frage auf klinischem Wege herangetreten. Er stellte zunächst (an gesunden Personen) fest, dass beim Uebergang aus der stehenden Haltung zur liegenden eine Pulsverlangsamung von 10—30 Schlägen pro Minute eintritt. Eine Verlangsamung nur etwas geringeren Grades erfolgt auch bei unvermittelter z. B. durch Compression beider Cruralarterien hervorgebrachter Steigerung des endocardialen Druckes. Vergleichende Messungen des Blutdrucks im Verein mit den graphisch nachgewiesenen Unterschieden der Pulsbeschaffenheit in beiden Körperlagen bestätigten die auf experimentellem Wege gefundene Abhängigkeit der im Liegen auftretenden Pulsverlangsamung von der Erhöhung des arteriellen Blutdruckes. Es konnte demnach geschlossen werden, dass die Abnahme der Pulsfrequenz beim Uebergang zur liegenden Körperhaltung eine Folge der Widerstandsvermehrung im arteriellen System und der mit ihr verbundenen Reizung der im Herzen gelegenen Vagusendigungen sei. Aus entsprechenden, an Herzkranken angestellten Versuchen ergab sich ferner, dass beim Lagewechsel des Körpers, die gleichen Aenderungen des Pulses beobachtet wurden, solange die Herzthätigkeit sufficient war. Es wurde dagegen der Eintritt der Pulsverlangsamung beim Hinlegen vermisst, oder es trat selbst Beschleunigung auf, wenn die Pulsionskraft des Herzens ungenügend zu werden drohte, oder wenn sie bereits unzureichend geworden war. — Das Verdienst Schapiro's liegt in der klinischen Behandlung der Frage, in der Vervollständigung der Beurtheilungsmittel des Blutdruckverhaltens bei wechselnder Körperlage durch Hinzuziehung vergleichender Pulszählungen und sphygmographischer Untersuchungen. Denn von je mehr Gesichtspunkten aus eine Function betrachtet zu werden vermag, um so sicherer und richtiger vermag sie beurtheilt zu werden.

Es ist ja nicht abzustreiten, dass die Ergebnisse kaum einer Untersuchungsmethode so auseinandergehenden und so widerspruchsvollen Deutungen unterzogen worden sind, wie die der Sphygmographie. In einem wesentlichen Punkte aber, auf welchen es gerade zumeist ankommt, in der Anerkennung der engen Beziehungen, welche zwischen der Ausbildung der Rückstosselevation und dem Grade der Arterienspannung bestehen, herrscht keine Meinungsverschiedenheit. Spengler, der die Veränderungen des Radialpulses während und nach Aenderung der Körperstellung an einer Reihe von gesunden und kranken Personen zum Gegenstand besonderer sphygmographischer Untersuchungen gemacht hat, bestätigt in vollem Umfange die allgemein geltende Annahme, dass mit Abnahme der Arterienspannung in verticaler Haltung die Dicrotie der Pulswellen deutlicher werde, und dass mit Zunahme der Arterienspannung in horizontaler Lage das sphygmographische Verhalten jenen entgegengesetzt sei. Spengler führt die Frequenzänderungen des Pulses gleichfalls auf den wechselnden Erregungszustand des Vaguscentrums zurück. Bei aufrechter Körperstellung sei der Vagustonus geringer als in liegender Haltung, weil im ersteren Falle die Blutfülle des Gehirns geringer sei als im zweiten. Die dabei zu beobachtenden Aenderungen der Arterienspannung bringt er in Abhängigkeit vom Wechsel der Bedingungen für den Rückfluss des Blutes zum Herzen. Dessen Erschwerung bei aufrechter Körperstellung veringere die Blutfülle des Herzens, — «die Pulswelle der Radialarterie wird kleiner, kürzer, das Pulsbild wird dicroter, das Gefäss ist weniger gefüllt, oft schlaffer;» die bei horizontaler Lage eintretende Erleichterung des Rückflusses vermehre dagegen die Blutfülle des Herzens und war wieder demgemäss die Pulscurve nach entgegesetzter Richtung. — So richtig diese Ausführungen einerseits auch sein mögen und so sehr sie auch den bei wechselnder Körperhaltung eintretenden normalen, physiologischen Aenderungen der Pulscurven angepasst sind, so wenig genügen sie zur Erklärung der unter pathologischen Verhältnissen vorkommenden Abweichungen von der Norm. Denn die vergleichende Analyse der bei wechselnder Körperhaltung gewonnenen Sphygmogramme hat vor Allem ihren Ausgangspunkt von einer Beurtheilung der wechselnden Arbeitsgrösse des Herzens zu nehmen, — von einer Abwägung des Leistungsverhältnisses des rechten und linken Ventrikels zu einander und der Schwankungen dieses Verhaltens bei Veränderung der Strömungsbedingungen. Bei solcher Ausnutzung wird die Sphygmographie zum Range eines zuverlässigen und sehr feinen diagnostischen Hülfsmittels erhoben werden können.

Die stumme Sprache all der feinen Unterschiede, die bei solchen vergleichenden sphygmographischen Untersuchungen zu Tage gefördert werden, kann allerdings nur dann verstanden werden, wenn man sich vom Wesen der Pumparbeit des Herzens eine solche Auffassung aneignet, wie die v. Basch'sche Lehre (Physiologie und Pathologie des Kreislaufs) sie mit vollem Rechte beansprucht. Gestatten Sie mir, Ihnen die Grundzüge dieser Lehre, soweit sie hier in Betracht kommt, zum Theil wörtlich wiederzugeben. «In einem Kreislaufsysteme mit einem Herzen ist das eine Gebiet, d. i. dasjenige, in welches das Herz seinen Inhalt presst, das der Arterien, das andere Gebiet, d. i. dasjenige, aus welchem das Herz schöpft, das der Venen. Von einem solchen Kreislaufsystem mit einem Herzen gilt der von E. H. Weber aufgestellte Satz, dass mit dem Steigen des Druckes in den Arterien der Druck in den Venen sinken muss und umgekehrt. So lange die Blutmenge in einem solchen System sich gleich bleibt, kann nämlich die stärkere Füllung des Arteriengebietes und die hierdurch bedingte Drucksteigerung nur auf Kosten des Inhalts des Venengebietes, aus welchem das Herz bei stärkerer oder rascherer Arbeit mehr schöpft, erfolgen; in diesen letzteren, d. i. den Venen, muss also der Druck sinken, wenn er in den Arterien steigt. Je schwächer und je langsamer dagegen das Herz arbeitet, d. i. je mehr es seiner Ruhelage zustrebt, um so geringer wird die Füllung und der Druck in den Arterien, in welche geringe Blutmengen gelangen, um so grösser wird aber gleichzeitig Füllung und Druck in den Venen werden, weil das Blut, das sich in denselben infolge des Elasticitätsunterschiedes zwischen Arterie und Vene ansammelt, nicht mehr wie früher aus denselben vom Herzen geschöpft wird. — In einem Kreislaufe mit zwei Herzen haben wir dagegen zweierlei Druckgefälle, und zwar liegen die Orte des höchsten und des niedrigsten Druckes je eines Gefälles vor dem Druck- und hinter dem Saugventile je eines Herzens. Im einem Kreislaufe mit zwei Herzen verhalten sich die Drucke vor dem Druckventile umgekehrt wie die Drucke hinter dem Saugventile oder anders ausgedrückt, es verhalten sich die Drucke, die in den Ventrikeln herrschen, umgekehrt wie die Drucke in den diesen zugehörigen Reservoirs, d. i. den Vorhöfen. Mit anderen Worten, der Druck in den Körperarterien muss sich umgekehrt verhalten wie der Druck in den Lungenvenen, und der Druck in den Lungenarterien muss sich umgekehrt verhalten wie der Druck in den Körpervenen». Modellversuche, in denen bald die Arbeit des einen, bald die des anderen Ventrikels verstärkt oder geschwächt wurde, zeigten, dass der stärker arbeitende Ventrikel mehr aus seinem Reservoir, dem Vorhofe schöpft, als der schwächer arbeitende. Da in einem geschlossenen Stromgebiete die Flüssigkeit nicht erst dann die volle Kreisbahn durchläuft, wenn beide in demselben eingeschaltete Herzen sich bewegen, sondern auch dann, wenn nur das eine sich bewegt, so ging v. Basch bei Erörterung der Frage von der Arbeitsungleichheit beider Ventrikel von den Grenzfällen der möglich grössten Ungleichheit aus. Die betreffenden Modellversuche lehrten, dass bei Stillstand des linken Ventrikels nach einer gewissen

Ausgleichzeit eine theilweise Umwälzung der Flüssigkeitsmasse in den linken Vorhof und in die Lungenvenen erfolgte, bei Stillstand des rechten Ventrikels eine theilweise Umwälzung in den rechten Vorhof und die Körpervenen. Obwohl im Leben eine derartige Ungleichmässigkeit der Herzarbeit für die Dauer nicht vorkommen kann, so eröffnet uns doch das Verständniss für diese beiden Grenzfälle das weitere Verständniss für alle möglichen Kreislaufsstörungen Denn es ist klar, dass sich auf der gleichen Scala auch alle durch abnorme Widerstände im Stromgebiete des einen oder anderen Ventrikels hervorgerufenen, secundären Ungleichmässigkeiten der Herzarbeit bewegen müssen.

Gleichmässigkeit der Arbeit beider Ventrikel findet statt, wenn die systolischen Ausgaben des einen sich mit den diastolischen Einnahmen des anderen fortlaufend decken, wenn mit anderen Worten beide Ventrikel bei jeder Contraction sich vollständig entleeren. Dann schöpft also der rechte Vorhof bei jeder Diastole ein gleiches Blutquantum, welches vom linken Ventrikel mit jeder Systole in die Aorta getrieben wird. Nur bei solcher Arbeitsaequivalenz kann der Blutabfluss aus dem Venengebiet des grossen Kreislaufs eine zur Erhaltung der allgemeinen Circulationsgrösse ausreichende Beschleunigung erfahren. Eine Leistungsverringerung des rechten Ventrikels macht die Circulation durchaus nicht unmöglich, sie bedingt aber Stauung, Strömungsverlangsamung im Gebiet der Körpervenen und des rechten Vorhofs, als deren sichtbare Zeichen Cyanose und Oedem auftreten. Aber noch lange vor Ausbildung dieser höheren Grade liefert die bei verschiedenen Körperlagen ausgeführte, vergleichende sphygmographische Untersuchung ganz bestimmte Anzeichen dafür, dass die Arbeitskraft des rechten Ventrikels ungenügend geworden ist. Es ist ohne Weiteres klar, dass ein an der äussersten Grenze physiologischer Leistungsfähigkeit angelangter rechter Ventrikel aus seiner Gleichgewichtslage selbst durch geringe, das physiologische Maass nicht überschreitende Arbeitsmehrforderungen herausgedrängt zu werden vermag. Eine solche Mehrforderung wird an die schöpfende Thätigkeit des rechten Herzens z. B. beim Aufrichten des Körpers durch Erschwerung der hydrostatischen Bedingungen gestellt. Unter normalen Verhältnissen erfährt der Abfluss des venösen Blutes trotzdem, wie wir wissen, eine Begünstigung durch die hierbei erfolgende stärkere Thoraxaspiration. Ist die Grösse der Mitwirkung dieses Factors aber in pathologischem Grade verringert (z. B. durch Lungenemphysem oder Heraufdrängung des Zwerchfells infolge abnormer Vermehrung des Abdominaldruckes, oder bestehen Widerstände besonderer Art im Venengebiete selbst (Iusufficienz der Venenklappen?), so hängt die Erhaltung der allgemeinen Circulationsgrösse natürlich in erster Linie von der Leistungsintegrität des rechten Herzens ab. Ist aber der rechte Ventrikel aus der stabilen in die labile Gleichgewichtslage verdrängt, so genügt unter solchen Umständen allein schon der Uebergang des Kranken aus der liegenden zur stehenden Körperhaltung um die bis dahin latent gewesene Insufficienz der Schöpfkraft dieser Herzabtheilung manifest werden zu lassen. Gleichzeitig damit erfahren die Widerstände im Venengebiet des grossen Kreislaufs eine Steigerung, und der Druck im rechten Vorhof wächst gleichfalls an. Diese Strömungsverlangsamung bleibt nicht ohne Einfluss auf die Thätigkeit des linken Ventrikels, denn in dem gleichen Moment ändert sich auch die Energie seiner Contractionen. Während unter normalen Verhältnissen, bei gleichmässiger und genügender Arbeit beider Ventrikel, an den beim Stehen aufgenommenen Sphygmogrammen im Vergleich zu dem beim Liegen erhaltenen Befunde ganz regelmässig eine Verringerung der Pulsionshöhe zu constatiren ist, wächst hier dagegen diese an und wird grösser als im Liegen. Dabei, und das ist diagnostisch sehr wichtig, fällt die Arterienspannung dessen ungeachtet noch mehr als unter gewöhnlichen Umständen, denn der Zufluss zum linken Herzen hat ja eine Minderung erfahren. Die grössere Höhe der Pulswellen ist also dem Haupttheil nach durch schnellere, mehr stossartige Contractionen des linken Ventrikels bedingt, und ist, wenn man so sagen darf, ein Ausdruck der fruchtlosen Anstrengungen dieser Herzabtheilung, die an der entgegengesetzten Seite entstandenen Störungen auszugleichen. Die charakteristischen Unterscheidungsmerkmale solcher Sphygmogramme sind also grössere Höhe und stärkere Dicrotie der Pulswellen — bei stehender Körperhaltung.

M. H.! Wenn schon die Untersuchung der Kreislauforgane bei verschiedener Körperhaltung, d. i. unter einander entgegengesetzten Strömungsbedingungen so grosse Vortheile bietet, um wieviel mehr müsste die Basis, auf die sich die Diagnose der Circulationsstörungen zn stützen hat, erweitert und gefestigt werden können, wenn ein Mittel an die Hand gegeben wäre, vermöge dessen die Widerstände in bestimmten Abschnitten der Strohmbahn willkürlich verändert werden könnten. Die Vergleichung der einem solchen Eingriff folgenden Reactionen des mit Kreislaufstörungen behafteten und des gesunden Organismus müsste eine Menge neuer und wichtiger Anhaltspunkte bieten. Ein solches Mittel hätte — um seine ausgiebige Verwendung zu Experimenten an Kranken annehmbar erscheinen zu lassen — vor Allem eine Reihe von Bedingungen zu erfüllen. Es müsste Jedem zugänglich und leicht anwendbar sein und es sollte dem Kranken nicht nachtheilige Folgen verursachen; es hätte daher die Widerstände im Stromlauf eher herabzusetzen als zu steigern und es müsste seiner Dauer und Intensität nach abstimmbar sein. Von einem solchen Mittel wäre ferner zu fordern, dass es bei der grossen Mehrzahl der in Frage kommenden Kranken anstandslos zulässig sei, dass es während jeder Krankheitsphase angewandt werden dürfe und dass es sowohl während als auch nach seiner Anwendung jederzeit eine vollständige Untersuchung des Kranken gestatte. Solche Anforderungen erfüllt in fast idealer Weise das überhaupt warme Vollbad. Aus diesen Gründen ist das warme Vollbad an den Kranken, welche wir gemeinschaftlich analysiren wollen, als ein integrirender Bestandtheil der Beobachtungsmittel in systematischer Weise zur Anwendung gebracht worden. Die Stellung, die hierbei den Badversuchen von vorneherein zugewiesen war, ist somit scharf gekennzeichnet. Es sollte mit diesem Hilfsmittel das Beobachtungsterrain erweitert, und wennmöglich eine zuverlässige und vorwurfsfreie Prüfungsmethode gefunden werden, um in erster Linie den diagnostischen Forderungen in erhöhtem Masse gerecht werden zu können.

Damit ist ferner gesagt, dass die Beantwortung der Frage von der therapeutischen Wirksamkeit warmer Vollbäder bei «Herzkranken» nur in untergeordneter Weise beachtet werden konnte, nur soweit als die objectiven Beobachtungsresultate im Einzelfalle sichere Schlüsse nach solcher Richtung gestatteten. Kühle, sich streng an die Thatsachen haltende Objectivität war dieser Frage gegenüber schon darum geboten, weil die vermeintlich auf physiologischer Basis aufgebauten Schlüsse einzelner concurrirender Balneologen über die Wirksamkeit der Badecuren seit Beneke's Anpreisungen von Nauheims Soolthermen zu Extravaganzen geführt haben, welche vor wissenschaftlicher Kritik nicht immer Stand halten. Einzelne Proben solcher «pro domo» Leistungen hat schon die berufene Feder Leichtenstern's (v. Ziemssen's Handb. d. allgem. Therap. 1880 II. 2 pag. 260—63) in gebührender Weise zerpflückt. Auch Sacharow, welcher das Studium der Wirkungen künstlicher Nauheimscher Bäder auf Herzkranke zum Gegenstand seiner Dissertation gewählt hatte (1889), konnte den Lobpreisungen

der Gebrüder A. und Th. Schott nicht beipflichten; seine Schlüsse lauten, dass die Anwendung solcher Bäder in Fällen schwerer Compensationsstörungen kaum am Platze sei, und dass durch sie keinenfalls Effecte erzielbar seien, welche mit den Wirkungen der Digitalis wetteifern könnten. Gewissenhaftes Prüfen der therapeutischen Wirkungen des warmen Bades war aber andrerseits deswegen geboten, weil Autoritäten wie S. P. Botkin, W. A. Manassein und F. A. Hoffmann, der therapeutischen Anwendung und Wirksamkeit warmer Bäder bei Herzkranken grosse Bedeutung zugeschrieben hatten.

Ueber die physiologischen Wirkungen warmer Vollbäder ist mehr geschrieben worden, als hier füglich angeführt werden kann. Da die einschlägige Literatur im v. Ziemssen'schen Handbuch der allgem. Therapie sowohl in der Leichtenstern'schen als auch in der Winternitz'schen Abhandlung ausführlich citirt ist, so brauche ich nur jene Arbeiten namhaft zu machen, welche nach der Veröffentlichung jener Werke erschienen sind. In allen diesen neueren Untersuchungen haben dank der Einführung der klinischen Blutdruckmessung die durch das warme Bad bewirkten Aenderungen der Blutvertheilung besondere Berücksichtigung gefunden. Bei Vergleichung der Resultate dieser Arbeiten gelangt man zu einer Reihe von im Allgemeinen übereinstimmenden Schlüssen, wenn man die Verschiedenartigkeit der Untersuchungsbedingungen, besonders die Verschiedenheit der zur Anwendung gekommenen Badtemperaturen mit in Rechnung zieht. «Der thermische Indifferenzpunkt des Bades liegt bei einer Temperatur von 34—35° C. oder 27—28° R. Der Wärmeverlust, welchen ein gesunder und nicht ungewöhnlich fettreicher Mensch in einem solchen etwa 15—25° dauernden Bade erleidet, entspricht ungefähr dem normalen mittleren Wärmeverlust». (Liebermeister). Im thermisch indifferenten Bade bleiben daher Blutdruck Puls und Respiration unverändert. Aus der mir zugänglichen Literatur führe ich an, das Motschuttkofsky im Süsswasserbade von 27° R. gleichmässiges, langsames Sinken, nach Beendigung des Bades aber geringe Erhöhung des Blutdruckes beobachtete. Butkewitsch wandte an 10 Tuberculösen 54 Vollbäder von 28° R. an und fand, dass die Wirkung auf den Blutdruck sich fast stets in einer Steigerung (von 10—23 Mm.), auf den Puls in 79% in einer Verlangsamung äusserte. Im Gegensatz hierzu berichtete Mrongovius, dass seine Versuche mit Bädern von 28° R. aus Süsswasser Sinken des Blutdruckes (im Mittel um 8,2 Mm.) ergeben hätten. Die Resultate meiner, freilich wenig zahlreichen Versuche mit Vollbädern von 28° R. nähern sich, soviel ich sehe, den Angaben von Mrongovius. Uebrigens erklärt die geringe Abweichung solcher Badtemperaturen vom thermischen Indifferenzpunkt die Divergenz all dieser Beobachtungsresultate, deren Schwankungen nach der einen und anderen Seite füglich auf Ungleichheiten der äusseren und individuellen Versuchsbedingungen bezogen werden dürfen. Vollbäder, deren Temperatur unter dem Indifferenzpunkt gehalten wird, steigern während ihrer Dauer und Nachwirkung den Blutdruck und setzen die Puls- und Respirationsfrequenz herab; Vollbäder, deren Temperatur über dem Indifferenzpunkt liegt, erniedrigen den Blutdruck, vermehren dagegen die Puls- und Respirationsfrequenz. So fand Jakimow, dass in Vollbädern von 28—32° R. und 10—15' Dauer (gewöhnliches Flusswasser) die Pulsfrequenz im Mittel um 11,7 Schläge pro Min. vermehrt, und dass der Blutdruck in den Temporalarterien im Mittel um 3,34 Mm. verringert werde. Schweinburg und Pollak constatirten, dass das heisse Sitzbad (32—36° R.) «ganz ausnahmslos die Pulsfrequenz ein wenig vermehre und den Blutdruck erniedrige». Wyschegorodski beobachtete Steigerung des Blutdruckes und Minderung der Pulsfrequenz bei Anwendung von Douchen von 14—26° R. Herabsetzung des Blutdrucks und Mehrung der Pulsfrequenz bei warmen Douchen von 30—38° R. Bei einer Douchen-Temperatur von 26° R. waren die Aenderungen des Blutdruckes, des Pulses und der Respiration so geringfügig, dass W. so temperirte Douchen hinsichtlich dieser Functionen als indifferente ansieht. Kaufmann und de Bary prüften die Einwirkung Priessnitz'scher Einwickelungen auf den Blutdruck bei croupöser Pneumonie und diffuser Nephritis. Es ergab sich, dass nach einer kurz dauernden, der Einwickelung unmittelbar folgenden Steigerung, 8—10' nach dem Einlegen Herabsinken (bis zu 20 Mm.) des Blutdruckes eintrat, und dass diese Erniedrigung die ganze Zeit der Einwickelungsdauer und noch eine oder mehrere Stunden nachher andauerte. Draytpuhl's Untersuchungen an Kindern ergaben, dass der Blutdruck durch Bäder von 0° R stets herabgesetzt werde, und dass diese Erniedrigung selbst während der ersten halben Stunde nach Beendigung des Bades nicht ausgeglichen werde. Milaewski stellte vergleichende Beobachtungen der Wirkungen warmer Vollbäder von 31° R. auf den Blutdruck arteriosclerotischer Greise und junger gesunder Männer an. Er fand unmittelbar nach Beendigung des Bades bei Letzteren eine Herabsetzung des Blutdruckes im Mittel um 9,7—17,7 Mm.; diese Wirkung wurde im Laufe der ersten dem Bade folgenden Stunden ausgeglichen, und gewöhnlich folgte ihr am Ende dieses Zeitraumes eine Erhebung des Blutdruckes (im Mittel um 9,9) über die Anfangsnorm. Weit weniger regelmässig waren die Blutdruckschwankungen in der anderen, an Arteriosclerotikern angestellten Versuchsreihe. Hier wurde in der Mehrzahl der Fälle der tiefste Stand des Blutdrucks nicht unmittelbar nach dem Bade sondern erst später im Laufe der ersten halben Stunde erreicht. Nur 9 Mal war am Ende der ersten Stunde der Blutdruck bis zur Norm zurückgekehrt, in allen übrigen Fällen war die Anfangsnorm zu jener Zeit noch nicht erreicht. Aus der Verschiedenheit dieses Verhaltens folgerte Milaewski dass die durch das warme Bad bewirkte Herabsetzung des Blutdruckes unter physiologischen Bedingungen von der Erweiterung der Blutgefässe herrühre, und dass bei Gegenwart von verbreiteter Arteriosclerose eine noch nach Beendigung des Bades zunehmende Verringerung des Blutdruckes auf eine Schädigung des Herzens hinweise.

All diesen Resultaten widersprechen allerdings die 1883 veröffentlichten experimentellen Ergebnisse Grefberg's, welcher an curarisirten Hunden den Einfluss des warmen (40° C.) Bades auf den Blutdruck und die Harnsecretion studirte. Beim Eintauchen des Versuchsthieres ins Wasser stieg der Blutdruck; nur wenn das Thier durch aufsteigenden Wasserdampf vordem bereits erwärmt gewesen war, konnte das dann erfolgende Bad den Blutdruck nicht mehr steigern, und das Gegentheil trat ein. Es soll hier nicht versucht werden, aus den Bedingungen der Grefberg'schen Versuche, deren Exactheit gar keinen Zweifel an den Befunden aufkommen lässt, Schlüsse zu ziehen, welche geeignet sein könnten, die Ursachen aufzudecken, welche das jenen klinischen Untersuchungen entgegenstehende Verhalten des Blutdruckes bewirkt haben. Denn jenes aus unzähligen klinischen Befunden construirte Gesetz, dass das hautwarme oder über hautwarme Vollbad eine Erweiterung der peripheren Gefässe und eine vorübergehende Herabsetzung des Blutdrucks und Beschleunigung des Pulses bewirke, — ist nicht mehr zu erschüttern. Aus den überzeugenden Versuchen Liebermeister's wissen wir, dass im warmen und heissen Bade eine Steigerung der Wärmeproduction stattfindet und dass, weil der Wärmeabfluss gehindert ist, Wärmestauung eintritt. Es bestehen also sehr enge Beziehungen zwischen der Regulirung der Körperwärme, des Blutdruckes und des Pulses. Daher ist verständlich, dass warme und heisse Douchen, allgemeine feuchte Einpackungen und, wie Gritzay gezeigt hat, auch trockene,

mit Frottiren verbundene Einhüllungen des ganzen Körpers dem warmen und heissen Bade ähnliche Wirkungen entfalten.

Es ist aber nicht zu vergessen, dass «eine Abnahme des Blutdruckes im warmen oder heissen Vollbade nur dann erfolgen kann, wenn diese Wirkung nicht gleichzeitig durch einen erhöhten Tonus der von der Erweiterung ausgeschlossenen Gefässbezirke oder durch eine entsprechende Steigerung der Energie der Herzcontractionen compensirt wird» (Leichtenstern, l. c. p 257). Die bekannten Versuche Schülers, welcher die Gefässe der Pia mater sofort enger werden sah, wenn er den Bauch der Versuchsthiere mit warmen Compressen bedeckte, und Winternitz, welcher zeigte, dass bei Anwendung eines warmen Sitzbades das Volumen des Armes sich mindert, haben jene im Gefässsystem sich abspielenden Ausgleichungen in das rechte Licht gestellt. Einen interessanten Beitrag hierzu liefern die Beobachtungen Katzaurow's welcher hei Anwendung heisser Vollbäder eine dem Sinken des Blutdrucks parallel laufende Abnahme des intraoculären Druckes und Bleicherwerden der Sehnervenpapille constatirte. Katzaurow folgert hieraus, dass der Blutreichthum in den hinteren Augenabschnitten vermindert sei, und war geneigt diese Vorgänge auf eine durch das Bad bewirkte Abschwächung der Herzthätigkeit zu beziehen. Ob dieser Schluss gerechtfertigt ist. muss vorab dahin gestellt bleiben, umsomehr, als wir uns in Folgenden auch mit dieser Frage eingehend befassen werden.

Das sphygmographische Bild der im heissen Bade eintretenden Arteriendilatation ist durch eine hohe und steile Ascensionslinie ausgezeichnet, durch ein Grösserwerden und Tieferrücken der Rückstosselevation mit Annäherung der Pulsform an den Dicrotismus.

M. H.! Die Ihnen mitgetheilten physiologischen Errungenschaften weckten in mir das Verlangen mit einem gegen früher erweiterten Untersuchungsprogramm an die Beobachtung «Herzkranker» heranzutreten. Sie kennen nun die leitenden Gesichtspunkte, ich brauche daher über die angewandte Untersuchungsmethode nur kurz zu berichten. Alle Kranken, die wir besprechen werden, sind in gleicher Weise einer Reihe von gleichartigen Untersuchungsserien unterzogen worden, bei deren räumlicher und zeitlicher Vertheilung im Besonderen den Eigenartigkeiten des Krankheitsverlaufs. im Allgemeinen den Verschiedenheiten der individuellen Reaction Rechnung getragen wurde. Eine jede Untersuchungsserie hatte folgende Anordnung. Die Vorprüfung befasste sich mit der Bestimmung des Blutdrucks in der linken Radialarterie im Liegen, der Zählung und graphischen Aufnahme des Radialpulses und der Notirung der Respirationsfrequenz sowohl im Liegen als im Stehen. Zur Bestimmung des Blutdruckes bediente ich mich des v. Basch'en Manometers neuerer Construction und später auch des von mir beschriebenen Druckapparates, mit dessen Hilfe in Zukunft die Messung des Blutdrucks bei wechselnder Körperhaltung sich leicht bewerkstelligen lassen wird. Sphygmographirt wurde mit der Dudgeon'schen Vorrichtung. Hierauf erhielt Patient ein warmes Vollbad, dessen Temperatur gewöhnlich 30° R. betrug. Im Bade wurden Blutdruck, Puls und Athmung bei sitzender Haltung untersucht. Die Baddauer schwankte zwischen 10 und 50 Minuten; meist sassen die Kranken gegen 30' in der Wanne und vertrugen, wie ich gleich hier bemerken will, diese Versuche fast ausnahmslos subjectiv sehr gut. Während der dem Bade gefolgten ersten Stunde fanden 3 bis 4 Nachuntersuchungen statt, die erste während der I., die zweite während der II. Viertelstunde und die dritte während der II. halben Stunde. War auch dann noch der Blutdruck zur Anfangsnorm nicht zurückgekehrt, so wurde ein viertes Mal im Laufe der V. Viertelstunde nachgeprüft. Die Anordnung all dieser Untersuchungen unterschied sich nicht von der Vorprüfung. Ich brauche kaum zu erwähnen, dass im Uebrigen die Untersuchung, Beobachtung und Behandlung der Kranken dem Stande unserer gegenwärtigen Kenntnisse entsprachen.

Wenn ich Sie nun bitte, an der Hand meiner Beobachtungsresultate der Analyse einer Reihe von Krankengeschichten Ihre Aufmerksamkeit zuwenden zu wollen, so verhehle ich mir nicht, dass es schwer halten wird Ihr Interesse an allen Stellen wach zu erhalten. War ich bei der Auswahl der zu besprechenden Kranken bemüht ein Material zusammenzubringen, welches gestatten würde Ihnen einen möglichst weiten und vollen Blick in das Gebiet der chronischen Kreislaufstörungen zu sichern, so ist doch die Gefahr vorhanden Sie durch Wiederholungen zu ermüden. Darüber kann uns nur die Erfüllung einer Hauptforderung klinischer Kritik hinweghelfen, — das Bestreben zu individualisiren. Je tiefer dieses Bedürfniss in uns Wurzeln geschlagen, in desto höherem Masse sind wir bereit und befähigt zur Arbeit klinischen Denkens.

(Fortsetzung folgt).

Referate

Reinicke: Bakteriologische Untersuchungen über die Desinfection der Hände. Centralblatt für Gynäk. 1894 № 47.

Da die zuverlässigste Methode der Desinfection der Hände, wie sie Fürbringer angegeben hat, in jüngster Zeit von Landsberg, Roux und Reynès angefochten wurde. unterzog sich Verf. der Aufgabe die verschiedenen Desinfectionsmethoden nochmals bakteriologisch nachzuprüfen. Die Hände wurden mit der Aufschwemmung einer sporenhaltigen Cultur von Catgutbacillen durch 10 Minuten langes Einreiben inficirt. Bei weiteren Versuchen wurde auch der Bacillus pyocyaneus zur Infection benutzt. Eine Stunde nachdem die Bacillensuspension vollständig angetrocknet war, wurde die Desinfection der Hände in verschiedener Weise ausgeführt. Als Kriterium der jedesmaligen Desinfectionsmethode wurde die Abwesenheit jeder Pilzwucherung im Unternagelraum und am Nagelfalz angesehen, und dem gemäss, von diesen Stellen unter aseptischen Cautelen Impfmaterial entnommen, das in Agarplatten ausgesäet wurde. Niemals wurde täglich mehr als ein Versuch angestellt. Desinfectionsversuche mit heissem Wasser und grüner Seife erzielten trotz energischen Bürstens niemals auch nur annähernde Keimfreiheit. Ein ebenso wenig günstiges Resultat ergaben die Versuche mit grüner Seife und ausgeglühtem weissen Sande, gleichgültig ob dabei noch die Bürste gebraucht oder fortgelassen wurde. Die Desinfectionsergebnisse mit Karbolsäurelösungen sind mit einiger Reserve aufzunehmen. da es schwierig ist vor der Abimpfung die Carbolsäure völlig zu entfernen. Nach 5 Minuten langem Bürsten mit Wasser und Schmierseife, wurden die Hände mit 3 pCt. und 5 pCt. Carbollösung 3-4—5 Minuten lang bearbeitet, trotzdem konnten Catgutbacillen in ziemlicher Menge nachgewiesen werden, während der Pyocyaneus entweder vermisst wurde, oder nur in wenigen Colonien zur Entwickelung kam. Auch die Desinfection der Hände in analoger Weise mit 1‰ Sublimatlösung, welche nachher durch Schwefelammonium ausgefällt wurde erzielte nicht völlige Keimfreiheit. Dasselbe Resultat kam zu Tage wenn vor Beginn des Waschens die Hände mit Aether und Watte abgerieben wurden. Die Fürbringer'sche Methode: — 1 Minute Wasser und Schmierseife, 1 Minute Alkohol, 1 Minute 1‰ Sublimatlösung — erzielte gleichfalls keine Sterilität der Hände. Auch nach der Desinfection mit 1—2‰ Chlorwasser kamen noch reichliche Culturen zur Entwickelung. Eine andere Versuchsreihe mit 1% Lysollösung mit und ohne vorhergeschickte Seifenwaschung lässt den Werth dieses Mittels als Desinficiens der Hände sehr gering erscheinen. Besser war das Ergebniss der Experimente mit Trikresol: wenn auch die Platten nie ganz keimfrei waren, so war doch eine beträchtliche desinficirende Wirkung des Trikresols nicht zu verkennen. Durch dieses Mittel werden aber die Hände ganz ungemein angegriffen (Parästhesien, Eczeme). Auffallend waren die Resultate, wenn das Fürbringer'sche Verfahren auf längere Zeit ausgedehnt wurde. Nach der Bearbeitung der Hände mit Wasser und Schmierseife 10 Minuten, mit 90 pCt. Alkohol 2 Minuten und 1‰ Sublimatlösung 3 Minuten wuchsen auf den Platten nur noch ganz vereinzelte Colonien von Catgutbacillen. Dasselbe war der Fall, wenn statt des Sublimates zum Schluss Lysol genommen wurde. Um herauszufinden, wodurch diese überraschende Wirkung herbeigeführt wurde, impfte Verf. während der Dauer der Desinfection 3 mal ab: zuerst

hinter der Wasser-Seifenbehandlung, das zweite Mal nach dem Alkohol, und das 3. Mal hinter dem Antisepticum. Es zeigte sich, dass die an zweiter Stelle gewonnenen Platten dasselbe Aussehen boten, wie die zuletzt gewonnenen. Dasselbe Resultat wurde erzielt, wenn hinter dem Alkohol nochmals Wasser und Seife gesetzt wurde. **Alleinige Bearbeitung der inficirten Hände mit Spiritus und Bürste 5 Minuten lang ohne vorheriges Waschen mit Seife und Wasser führte zur völligen Sterilisirung der Hände.** Diese Wirkungsweise des Alkohol erklärt der Verf. dahin, dass derselbe gleichsam auf mechanischem Wege die Mikroorganismen zugleich mit dem fettigen Hautsecret, in das jene, wie man annehmen muss, eingebettet sind, von der Unterlage lockert und abschwemmt. Daraus ergibt sich aber: Um wirklich sicher zu sein, keine Keime mehr an den Händen zu haben, muss nach der Alkoholeinwirkung nochmals eine Abspülung mit keimfreiem Wasser, oder, wenn das nicht zu beschaffen ist, in einer anderen aseptischen Flüssigkeit stattfinden, damit auch die Keime, welche zwar von der Unterlage gelöst sind, aber noch in dem der Haut anhaftenden Spiritus sitzen entfernt werden. Aus Sparsamkeitsrücksichten kann auch der billigere denaturirte Spiritus genommen werden. An Stelle der Bürste empfiehlt Verf. den Loofahschwamm, der auch ausgekocht werden kann.

W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Ohlmüller: Die Untersuchung des Wassers. Ein Leitfaden zum Gebrauch im Laboratorium für Aerzte, Apotheker und Studirende. Berlin, Jul. Springer 1894. Preis 5 Mark.

Je mehr die Gesundheitspflege Allgemeingut der Aerzte und der Laien wird, desto mehr erkennt man die Wichtigkeit und Nothwendigkeit eines reinen und guten Wassers. Die Methode seiner Untersuchung ist aber dem Arzte und dem Apotheker noch immer zu wenig geläufig und vielleicht nicht zum Geringsten deswegen, weil es nicht Jedermanns Sache ist, sich in das Studium grosser Specialwerke zu vertiefen. In dem vor kurzem erschienenen Ohlmüller'schen Buche haben wir ein Compendium, das in seinen 170 Seiten alles enthält, was die physikalischen, chemischen, mikroskopischen und bacteriologischen Eigenschaften und Untersuchungen des Wassers betrifft. «Das Edelste aber ist das Wasser.» Hoffen wir dass dieser Neuling auf dem Büchertische auch bei uns die Anerkennung finde, die er wegen seiner trefflichen Kürze, Uebersichtlichkeit, Sachlichkeit und äusseren Eleganz verdient.

Kallmeyer.

J. Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I. Theil: Allgemeine Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Dritte vermehrte und umgearbeitete Auflage. Leipzig, Georg Thieme 1894.

Das bekannte Buch von Boas ist schon zu wiederholten Malen Gegenstand eingehender Besprechung in unserem Blatte gewesen (cf. 1892 p. 18). Dieselben Vorzüge: Nüchterne Beobachtung und möglichste Knappheit und doch Vollständigkeit des Stoffes zeichnen dieses Werk, welches aus der Praxis für die Praxis entstanden ist, auch in seiner bereits nöthig gewordenen dritten Auflage aus. Es ist ausserdem in der vorliegenden Auflage der klinische Theil erweitert und der Therapie besondere Sorgfalt zugewendet worden. Die einzelnen subjectiven Symptome, wie sie bei der Anamnese zu Tage gefördert werden, sind nach allen Richtungen in der eingehendsten Weise beleuchtet. In dem klinischen Theile spricht Verfasser sich im Gegensatz zu den meisten anderen Autoren zu Gunsten der Aspirationsmethode gegenüber der Expressionsmethode behufs Gewinnung des Magensaftes aus. Vorhandensein alter Ulcera im Magen, ulcerirender Carcinome, Phthise mit vorausgegangener Hämoptoe, Neigung zu Menorrhagien, hämorrhagischen Infarcten u. a. sieht Boas als unbedingte Contraindication für die Anwendung der Expressionsmethode an und substituirt dieser in solchen Fällen die Aspiration. In dem Kapitel der Mageninhaltsprüfung schreibt Verfasser: «Da Milchsäurebildung bei Anwesenheit freier Salzsäure nach meinen Erfahrungen überhaupt nicht vorkommt, so hat die Untersuchung hierauf weder praktischen noch theoretischen Werth. Dagegen ist die Milchsäureproduction ein dem Magencarcinom zukommendes specifisches Zeichen, obgleich es in Ausnahmsfällen hierbei auch fehlen kann. Namentlich häufig findet sich Milchsäureproduction vereint mit Stagnation im Magen und Salzsäuremangel. Sind diese drei Momente constant vorhanden, so ist die Diagnose Magencarcinom, selbst bei Abwesenheit eines Tumors mit Sicherheit zu stellen. Dagegen spricht Fehlen von Milchsäure keineswegs gegen Magencarcinom».

Dem Kapitel der Mageninhaltsprüfung sind eine Reihe schöner erläuternder Abbildungen beigegeben. Das bekannte Buch bedarf keiner Empfehlung. Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

578 Sitzung am 1. November 1894.
Vorsitzender: Herr Moritz.

1. Herr Tiling spricht über die **Therapie des Klumpfusses** im Anschluss an einen behandelten Fall. Der Pat. wird demonstrirt.

In der letzten Zeit erwirbt sich bei der Behandlung des Klumpfusses die conservative Richtung immer mehr Anhänger. Thatsächlich gelingt das Redressement bei Kindern und auch bei Erwachsenen mit Klumpfüssen geringeren Grades fast immer. Wolff behauptet jeden Klumpfuss durch das Brisement forcé heilen zu können. Auch König ist mit dem Verfahren sehr zufrieden. So gewinnt es fast den Anschein, als ob die operative Behandlung des Klumpfusses ganz verdrängt werden könnte. Als Beispiel, wie beide Behandlungsmethoden wirken, stellt Tiling einen jungen Mann vor, der an angeborenem beiderseitigen Klumpfuss litt. Es handelte sich um einen ziemlich hochgradigen Klumpfuss. Pat. trat auf die Köpfchen der Metatarsalknochen auf, seine Wadenmuskulatur war vollständig atrophirt. Rechterseits war der Klumpfuss stärker entwickelt als links. Am 2. Februar 1893 wurde nach Vorausschickung einer Plastik der Achillessehnen und der Plantarfascien ein Brisement forcé vorgenommen. Trotz erheblicher Kraftanwendung, bei der es laut krachte, gelang es nur eine erhebliche Besserung und annähernde Normalstellung — links mehr, rechts weniger — zu erzielen. Darnach wurde ein permanenter elastischer Zug angebracht. Am 24. April 1893 wurde am linken Fuss die Achillessehne von neuem durchschnitten und durch Brisement forcé der Fuss in Normalstellung gebracht. Die erwünschte Uebercorrection konnte nicht erreicht werden. In derselben Sitzung wurde aus dem rechten Fuss der Talus entfernt. Im Herbst desselben Jahres stellte sich Pat. von neuem vor. Der operativ behandelte Fuss war vollständig in Ordnung, Pat. trat mit der Sohle auf. Am linken Fuss machte sich schon, trotzdem Pat. einen Apparat getragen hatte, die Neigung zur Spitzfussstellung bemerkbar. Jetzt nachdem 1½ Jahre nach der zweiten Operation vergangen sind erweist sich der rechte, ursprünglich schlechtere, operativ behandelte Fuss als vollständig zufriedenstellend, während der linke zum ausgesprochenen Spitzfuss geworden ist. Pat. bittet darum auch den linken Talus zu entfernen. Vortragender führt diesen Fall an ohne gegen das Redressement polemisiren zu wollen, es soll das vielmehr eine Art Ehrenrettung des blutigen Eingriffes sein, der in gewissen Fällen doch nicht zu umgehen ist. Was die Behandlung des paralytischen Spitzfusses anbetrifft, ist besonders für nicht wohlhabende Kranke die Arthrodese mit Entfernung des Talus der Behandlung mit theuren Apparaten vorzuziehen, da auch bei sorgfältiger Behandlung letztere Behandlungsmethode doch Recidive nicht verhindert.

Herr Horn erwähnt, dass Wolff auch in den schwierigsten Fällen gute Resultate erzielt hat, wenn er die Redression nicht in einer Sitzung vornahm, sondern in vielen Sitzungen, sich jedesmal mit einem kleinen Erfolg begnügend. In dieser Weise erzielte Wolff bei den Klumpfüssen höchsten Grades so gute Resultate, dass Schede den Ausspruch that die Aera der blutigen Behandlung des Klumpfusses sei vorüber.

Herr Tiling hat stets das König'sche Verfahren des Redressements in einer Sitzung angewandt. Häufiges Redressement müsste ohne Narkose gemacht werden, was eine sehr lange Dauer der Cur erfordert.

Herr Anders hat die Wolff'sche Behandlungsmethode in Berlin kennen gelernt, möchte aber gleichfalls das blutige Verfahren nicht ganz vermissen. Trotz langer Dauer der Behandlung mit Redressionen zeigten Pat., die sich nach einiger Zeit von neuem vorstellten, wieder Supinationsstellung, so dass die Behandlung nochmals aufgenommen werden musste. Der Meinung Wolff's, dass ein wirklich ausgeheilter pes varus recidivunfähig sei, stimmt fast kein anderer Autor bei. Gerade der Klumpfuss hat enorme Recidivfähigkeit. Als Beweis dafür, dass das Wachsthum der Knochen durch eine Operation sichtbar nicht gestört wird, demonstrirt A. 2. Gypsmodelle des Fusses eines Pat., welche vor der Operation (1885) und nach 9 Jahren (1894) abgenommen wurden. Es handelte sich um einen schweren Fall von pes varus bei einem Knaben; die Behandlung bestand in Exstirpation des Talus und Resection des Calcaneus und Malleolus externus. Ein Vergleich beider Gypsmodelle lässt sowohl den Erfolg der Operation, als auch das Wachsthum der Knochen leicht constatiren. So vorzüglich auch das Wolff'sche Verfahren bei Kindern ist, kann dasselbe doch die blutigen Behandlungsmethoden nicht ganz verdrängen.

2. Herr Anders referirt über **die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenkluxation**, wie er sie durch eigene Anschauung und Erfahrung kennen gelernt, und wie dieselbe besonders in Deutsahland in letzter Zeit einen weiten Boden gefunden hat. Bis vor 7 Jahren gab es keine zufriedenstellende Behandlungsmethode der angeborenen Hüftgelenkluxation, erst mit dem durch Hoffa ange-

gebenen operativen Vorgehen wurde eine Epoche in dieser Frage geschaffen. Hoffa zeigte, dass die anatomischen Verhältnisse am Becken bei der erwähnten Affection den operativen Eingriff gewissermassen begünstigen, indem die rudimentäre Pfanne als flache, der Fingerkuppe nur zugängliche Mulde einer Stelle des Beckens angehört, die durch Hemmung des Längen- und Breitenwachsthums der Knochen eine bedeutende Dicke zeigt. Aehnliche Verhältnisse sind am normalen kindlichen Becken nicht anzutreffen. Dank der erwähnten Dicke des Beckens ist eine namhafte Vertiefung der Pfanne operativ ausführbar. Die Hoffa'sche Operationsmethode hat die früheren Methoden wie z. B. das Herunterschlagen eines periostal-ostalen Lappens (König) und die Resection des Femurkopfes vollständig verdrängt. Hoffa ging von dem richtigen Gesichtspunkte aus, dass das Ideal einer Behandlung der Luxatio coxae congenita nur die Reposition des Schenkelkopfes in die vertiefte Pfanne sei. Gelingt dieses, so darf bei dauerndem Schleifen ebenso auf eine Nearthrose gerechnet werden, wie sich eine solche an einer nicht normalen Stelle des Darmbeines bildet. Die transformative Kraft des Knochens ist ihrerseits bestrebt im Laufe der Jahre die richtige innere Architectur und richtige Form des Knochens wieder herzustellen. Das Repositionshinderniss ist allein in der nutritiven Verkürzung der Weichteile um das luxirte Hüftgelenk herum zu suchen, dabei kommen zunächst die vom Becken zum Unterschenkel gehenden Muskeln, dann die Glutaeen und die Adductoren in Betracht. A. beschreibt demnächst eingehend die Hoffa'sche Operation. Die subperiostale Ablösung der Weichtheile vom Trochanter, wie sie bis zum 5 Jahre wohl oft für die Reposition ausreicht, genügt bei Pat. nach dem genannten Alter nicht mehr. Bei der Operation an einem 7-jährigen Knaben verzichtete Hoffa auf weitere Durchtrennungen der Weichtheile, wobei A. sich von der namhaften Spannung der stahlhart sich anfühlenden Muskeln überzeugen konnte. Wenn es auch gelingt die Flexionstellung von Knie und Hüfte nach Reposition durch methodische Streckbewegungen bei Fixation auf den Kopf auszugleichen, so dürfte immerhin durch Druck des Kopfes auf die neugebildete Pfanne eine Druckusur der letzteren zu befürchten sein. Die Durchschneidungen der Weichtheile erfolgen am besten nach Lorenz an den vom Tuber ischii entspringenden Muskeln und den Weichtheilen, welche von der Spina ant. sup. herabgehen. Um die Pfanne genügend zu verbreitern, ist es am besten von dem hinteren Rand derselben wegzuräumen, den Limbus zu reduciren aber immerhin als Halt für den reponirten Kopf bis zu einem gewissen Grade zu schonen. In den Fällen, wo der Kopf die Disposition hat die Pfanne nach vorn hin zu verlassen, muss dem Schenkel etwas Rotation nach innen angewiesen werden, wovon man erst nach Wochen zur Normalstellung übergeht. Hoffa vernäht die Wunde nicht, sondern tamponirt sie mit Jodoformgaze. Schede legt das grösste Gewicht auf Naht und Blutschorf, Lorenz operirt an der vorderen Peripherie des Gelenkes. Dem operirten Beine ist so früh als möglich eine Abductionsstellung anzuweisen und das Kind für 4—6 Wochen in einem Phelps'schen Stehbette in dieser Stellung zu lagern. Vortragender demonstrirt einen solchen stellbaren Apparat.

Was die Endresultate der Hoffa'schen Operation betrifft, erwähnt Anders aus einer Reihe von Kranken, die schon vor Jahren operirt wurden, 2 Fälle von Hoffa mit günstigem Resultat, bei denen vollständige Beweglichkeit der Hüfte erzielt wurde. Gute Beweglichkeit und vorzügliche Functionsfähigkeit konnte auch in einem Fall von Schede constatirt werden. Schwieriger ist es über die unlängst operirten Fälle zu urtheilen. Die Beweglichkeit ist hier vorläufig stets eine sehr beschränkte, und muss der Effect einer rationellen, orthopädischen Behandlung abgewartet werden. Eine geringe Verkürzung bleibt fast ausnahmslos nach; dieselbe bezieht sich auf die essentielle Verkürzung der Extremität. Die Lordose schwindet dagegen ganz. Das functionelle Resultat der Operation steht im geraden Verhältniss zum Wundverlauf. Wenn es zu keiner Eiterung kam, so ist bei rationeller Nachbehandlung auf gute Beweglichkeit zu rechnen. Störungen des Wundverlaufes bringen Tendenz zur Versteifung. Zu frühzeitige Bewegungen im neugebildeten Gelenk setzen Zerreissungen, Blutungen und dem entsprechend pseudarthrotische Verbindungen, wodurch die Beweglichkeit vermindert wird.

Bei Schede lernte A. ein unblutiges Verfahren gegen Luxatio congenita kennen, welches er in seinen überraschend günstigen Endresultaten zu untersuchen und zu prüfen Gelegenheit hatte. Schede sucht in möglichst frühem Alter, aber auch in Fällen bis zum 6. und 7. Jahre nach länger stattgehabter Extension mit schwerer Belastung den luxirten Kopf an die normale Stelle, d. h. an die rudimentäre Pfanne zu bringen, und dort in Abductionstellung einen Halt zu finden, der genügend ist, jedes Hinaufrutschen des Kopfes auszuschliessen. Gelingt dieses, so fixirt Schede durch seinen Abductionsapparat den Kopf mittelst Druckes auf den Trochanter. Nur die Abductionsstellung ist geeignet, den Kopf einen genügenden Stützpunkt gewinnen zu lassen. A. demonstrirt eine Photograpie des genannten Schede'schen Apparates. 3, 4 und 6 Jahre lang behandelte Patienten gingen mit approximativ normalem Gange. Ein Verschieben des Kopfes wenigstens in Abduction war nicht möglich. In einem günstigen und frühzeitigen Falle war bereits vollständige Heilung eingetreten.

Kein günstiges Urtheil konnte Anders über die Anwendung der Hessing'schen Apparate bei doppelseitiger Luxation gewinnen. Es wird durch die geringe Verlängerung mittelst der extendirenden Schienen wenig gewonnen, da den Köpfen keine Stützpunkte gegeben werden. A. referirt ferner über ein von ihm seit etwa vier Jahren geübtes Verfahren, das er besonders in einem Falle mit überraschend günstigem Resultate angewandt hat. Er schliesst durch ein weit bis auf die Köpfe herabreichendes Corsett das Schwanken und Pendeln der Wirbelsäule bei doppelseitiger Luxatio congenita aus. Auf ein Herabziehen der Köpfe verzichtend lässt er dieselben systematisch vom Masseuren freilich durch Jahre hindurch an den einmal eingenommenen Stellen des Beckens einschleifen. Eine kleine jetzt 7-jährige Pat. mit doppelseitiger Luxation nach dieser Methode vier Jahre lang behandelt geht zur Zeit fast normal.

Zum Schlusse referirt A. über eine von ihm ausgeführte Operation bei coxitischer Luxation und demonstrirt Gypsmodelle die sich auf den Zustand vor und nach der Operation beziehen. Referent führte zunächst die Lorenz'schen Durchschneidungen an der vorderen Peripherie des Hüftgelenkes aus, und zwar der Fascia lata, des Sartorius, des Tens. fasciae latae, des Glutäus med. und Rectus femoris. Als er hiernach noch immer auf ein Hinderniss in der Redression stiess trennte er nach dem Vorgange Hoffa's in einem Falle von einem hinteren Langenbeck'schen Schnitte aus den Kopf lineär mit dem Meissel ab, den letzteren an Ort und Stelle belassend. Hiernach gelang der Ausgleich und die vollständige Correctur ohne Schwierigkeiten. Wie an den Modellen zu sehen, ist die so hochgradige Lordose der Wirbelsäule vollständig gehoben. Wie am 2. Modelle ersichtlich geht eine noch in geringem Grade vorhandene Adductionsstellung in Abduction über. Zur Zeit besteht eine geringe Abductionsstellung mit unbedeutender Verkürzung der Extremität.

Herr Horn wendet sich gegen das vom Vortragenden erwähnte Schede'sche Verfahren. Eine Reposition des Femurkopfes im eigentlichen Sinne des Wortes ist nicht gut denkbar, da die Pfanne eine nur kleinbohnengrosse seichte Vertiefung bildet. Die Möglichkeit, dass durch den lang dauernden Druck eine neue, genügend grosse Pfanne herausgeschliffen werde, scheint H. nicht als zurecht zu bestehen. Es wird vielmehr der Kopf stets nach oben hin dislocirt werden. Ausserdem ist zu bedenken, dass das zurückgelassene Lig. teres ein wesentliches Hinderniss bei der Reposition abgibt. Letztere ist aber schon dadurch erschwert, dass die alte Pfanne schwer aufzufinden ist. Durch die Hoffa'sche Operation wird dagegen der Kopf in der Pfanne fixirt. Versuche an Thieren, die Volckmann angestellt hat, lassen die Regeneration des bei der Operation entfernten Lig. teres als wahrscheinlich erscheinen.

Herr Anders. Bei dem Schede'schen Verfahren besteht die Reposition des Schenkelkopfes darin, dass demselben ungefähr an der Stelle der rudimentären schräggestellten Pfanne ein Halt gegeben wird. Bei dieser Manipulation hört man zuweilen ein schnappendes Geräusch. Der Kopf kann sich aus dieser Stellung, wenn das Bein abducirt ist nicht nach oben dislociren. A. kann das Lig. teres nicht als Hinderniss der Reposition gelten lassen. Das Haupthinderniss bilden vielmehr, wie schon erwähnt, die nutritiven Störungen der Weichtheile. Bei der Reposition wird das Lig. teres usurirt und bei weiterem Tragen von Apparaten zu Grunde gehen. Auf eine Neubildung des Lig. teres nach der Hoffa'sche Operation rechnet A. nicht.

Secretär: W. Beckmann.

Wir erhalten von der Direction der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow nachstehende **Zuschrift:**

«Gemäss dem § 4 des jetzt gültigen Statuts der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow «gelten als Mitglieder der Gesellschaft diejenigen russischen Aerzte, die in die Casse der Gesellschaft nicht weniger als 5 Rbl. jährlich zahlen; die Mitglieder des Congresses entrichten die bezeichnete Summe vor dem Beginne eines jeden Congresses; Aerzte, die einmalig 100 Rbl. gezahlt haben, werden auf immer von der Zahlung des Mitgliedsbeitrages befreit und werden ständige Mitglieder der Gesellschaft genannt.»

Indem die Direction gegenwärtig an die Erfüllung dieser Forderung des Statuts herantritt, hat sie bestimmt:

1) Sich an alle russische Aerzte zu wenden mit der Aufforderung, der Gesellschaft vom Januar 1895 an beizutreten.

2) Den Mitgliedsbeitrag für 1895 auf die dem Statut entsprechende Minimalziffer von 5 Rbl. zu beschränken.

3) Den Mitgliedern unentgeltlich das «Journal der Gesellschaft russ. Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow» mit allen Beilagen zuzustellen. Dieses «Journal» wird von der

Direction von 1895 an herausgegeben werden: a) um die Aerzte mit der Thätigkeit der Direction und der Organisationscomités in Bezug auf die Veranstaltung der Congresse bekannt zu machen; b) zur vorbereitenden Bearbeitung verschiedener Fragen für die Congresse; c) überhaupt zum Meinungsaustausche zwischen den Aerzten über alle, die Ziele der Gesellschaft betreffenden Gegenstände. (Das Programm des «Journals» wird besonders veröffentlicht werden).

4) Die Mitglieder der Gesellschaft geniessen alle Rechte der Mitglieder der Congresse ohne besondere jedesmalige Zahlung, indem sie nur die erforderliche Summe für die «Arbeiten des Congresses» nachtragen, wenn solche in besonderer Ausgabe erscheinen.

Auswärtige Mitglieder haben ihre Beiträge, mit vollständiger und genauer Angabe ihrer Adresse, an die Direction (Правленіе) der Gesellschaft russ. Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow: Москва, Пречистенка Штатный пер. д. № 24, zu schicken. Die Mitgliedsbeiträge der Moskauer u. a. Aerzte werden persönlich angenommen: in der Direction am Dienstag und Sonnabend von 12—3 U. und in der Moskauer Gesellschaft der Aerzte täglich am Abend.»

Für diejenigen Mitglieder des Vereins St. Petersburger Aerzte, welche der «Gesellsch. russ. Aerzte z. A. an Pirogow» beitreten wollen, bemerken wir zu obiger Zuschrift, dass laut Vereinsbeschluss vom 3. Januar a. c. der geschäftsführende Secretär, Dr. A. Schmitz (St. Petersburg, Николаевская, 14) Mitgliedsbeiträge zur Beförderung nach Moskau entgegennimmt.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: der St. Annen-Orden I. Classe: — dem Bezirksoculisten des St. Petersb. Militärbezirks, Ehrenleiboculisten, wirkl. Staatsrath Dr. Tichomirow. Der St. Stanislaus-Orden I. Cl. — dem berathenden Mitgliede und gelehrten Secretär des Medicinalraths, Dr. W. v. Anrep; dem ord. Professor der Pathologie an der Kiewer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Münch. Der St. Wladimir-Orden III. Cl. — dem Oberarzt des Saratowschen Alexander-Hospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Ernst Rosenthal. Der St. Wladimir-Orden IV. Cl. — den Professoren der Medicin an der Moskauer Universität, Staatsräthen Bogoslowski, Pospelow und Snegirew und dem Oberarzt des St. Petersb. Gefängnisshospital, Staatsrath Mitropolski. Der St. Annen-Orden II. Cl. — den Professoren der Medicin an der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsräthen Rauber und Tsish. Der St. Annen-Orden III. Cl. — dem jüngeren Arzt am St. Petersb. Augenhospital, Dr. Ernst Blessig. Der St. Stanislaus-Orden II. Cl. — den Professoren der Medicin an der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsräthen Barfurth und St. Wassiljew; den jüngeren Aerzten des St. Petersb. Marienhospitals W. Knoch und N. Meyer.

— Allerhöchstes Wohlwollen eröffnet: dem Oberarzt des St. Petersb. Findelhauses, Hofrath Dr. M. van Puteren, für ausgezeichnet eifrige Erfüllung der ihm übertragenen Pflichten.

— Befördert: Zu wirklichen Staatsräthen — das berathende Mitglied des Medicinalraths und Gehülfe des Oberarztes des Obuchowhospitals Dr. Trojanow; die Professoren der Medicin in Kiew, Bornhaupt und Chodin, in Kasan, Gay.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg am 21. December 1894 der hiesige praktische Arzt Julius Edelberg im Alter von 76 Jahren. Der Hingeschiedene erfreute sich während seiner fast 50-jährigen ärztlichen Thätigkeit einer recht ausgebreiteten Praxis als Frauen- und Kinderarzt. 2) In Charkow der ordentliche Professor der Pharmakologie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. D. K. Rodsajewski an den Folgen eines organischen Herzfehlers. 3) Im Kirchdorf Makarowo (Gouv. Woronesh) der Landschaftsarzt Nikolai Masslow im 26. Lebensjahre an Diphtherie, die er sich dadurch zugezogen hatte, dass ein diphtheriekranker Knabe, dem er den Hals bepinselte, aufhustete und ihm das Gesicht besprühte. Der Verstorbene hatte erst vor einem Jahre den Cursus an der Charkower Universität absolvirt. 4) In Tschernigow der frühere Kreisarzt, Staatsrath Peter Maslennikow, in hohem Alter. Der Hingegangene hatte bereits im Jahre 1836, also vor mehr als 58 Jahren, seine ärztliche Thätigkeit begonnen. 5) In Wien der ehemalige Leibarzt des verstorbenen türkischen Sultans Abdul Medschid, Dr. Spitzer, im Alter von 81 Jahren. Nach Absolvirung seiner med. Studien in Wien wurde S p. alsbald als Professor der Anatomie nach Constantinopel berufen, wo er den medicinischen Unterricht organisirte und später Director der medicinischen Schule wurde. Während einer schweren Krankheit des Sultans gewann er dessen Vertrauen und wurde zum Leibarzt ernannt. In Folge von Anfeindungen seitens seiner Gegner gab er seine Stellung auf und wurde vom Sultan zum Botschaftsrath in Wien und im Jahre 1857 zum ottomanischen Geschäftsträger in Neapel ernannt, welchen Posten er bis zum Tode des Sultans inne hatte. Seither lebte Dr. Spitzer als Privatmann theils in Wien, theils in Paris.

— Der Professor der Histologie und Embryologie der militär-medicinischen Academie Sawarykin giebt in nächster Zeit nach Ablauf der 35-jährigen Dienstfrist seine Lehrthätigkeit an der Academie auf. Als sein Nachfolger wird der Privatdocent der Academie, Dr. M. D. Lawdowski genannt.

— Prof. Fürst Tarchan-Mourawow ist von dem Amt des gelehrten Secretärs der militär-medicinischen Academie zurückgetreten.

— Der Professor der Psychiatrie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Bechterew ist zum berathenden Mitgliede des Medicinalraths ernannt worden.

— XI. Internationaler Medicinischer Congress 1894. Das Generalsecretariat macht allen Betheiligten bekannt, dass von der beauftragten Druckerei die ersten zwei Bände der Acten des Congresses fertig gestellt sind. Dem Gebrauch des Berliner Comités folgend wird die Vertheilung der Acten einer Verlagsbuchhandlung übergeben werden, welche sich in directe Verbindung mit den Herrn Congressisten setzen wird. Die Mitglieder erhalten die Acten gratis, und haben nur die Portospesen zu tragen. Im April 1895 wird das ganze Werk der Congressacten fertiggestellt sein, beendigt in einem Jahre vom Schlusse des Congresses an gerechnet, eine Leistung, welche bisher noch nicht erreicht worden ist.

— Es hat sich neuerdings in Berlin aus bekannten dortigen Specialärzten ein «Verein für ärztliche Fortbildungscurse» gebildet, welcher sich die Aufgabe stellt, vorzugsweise während des Semesters nur unter thunlicher Beschränkung der Theilnehmerzahl praktische Curse abzuhalten. Die Curse beginnen am 1. Februar 1895; wegen der Einzelheiten verweisen wir auf das Inserat in der 52 Nummer unseres Blattes, sowie auf die von dem Bureau des Vereins, der medicinischen Buchhaltung Enslin, Berlin, N., Karlstr. 32 zu beziehenden Vorlesungsverzeichnisse.

— Am 21. December n. St. beging der berühmte Statistiker Prof. Josef Körösi, Begründer und Director des statistischen Bureaus in Budapest, das 25-jährige Jubiläum seiner Amtsthätigkeit. Durch seine hervorragenden, fleissigen Arbeiten auf dem Gebiet der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik, sowie durch seine führende Thätigkeit auf den Congressen für Hygiene und Demographie, wie sich eine solche auch auf dem letzten Congresse in Budapest bemerkbar machte, hat sich Körösi unverwelkliche Verdienste erworben.

— Die Choleraepidemie herrscht in Russland nach den beim Medicinaldepartement bis zum 31. December v. J. eingelaufenen Nachrichten noch in 13 Gouvernements. In erheblicherem Grade sind noch die Gouvernements Podolien, wo vom 11.—17. Dec. 158 Erkrankungen und 77 Todesfälle an der Cholera und in Wolhynien, wo vom 4.—17. Dec. 45 resp. 13 Fälle vorkamen, von der Seuche heimgesucht. Aus den übrigen 11 Gouvernements (Witebsk, Kiew, Kowno, Minsk, Mohilew, Petrikau, Kurland, Bessarabien, Rjasan, Saratow und Tschernigow) sind in der letzten Zeit nur vereinzelte Neuerkrankungen und Todesfälle gemeldet worden.

Vacanzen.

Im Kreise Mglin (Gouv. Tschernigow) sind folgende Landschaftsarztstellen zu besetzen: Arzt zu Bekämpfung der Syphilis mit einem Gehalt von 1200 Rbl. 2) Arzt zur Beaufsichtigung der drei Feldscherpunkte mit 1100 R. Gehalt. Wohnsitz in der Stadt Mglin. 3) Arzt zur Leitung des Worobeinschen ärztlichen Bezirk mit 1100 R. Gehalt. Nähere Auskünfte ertheilt die «Мглинская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. bis 31. December 1894.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
337	234	571	126	36	99	12	4	19	42	62	52	46	43	22	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 17, Diphtherie 18, Croup 8, Keuchhusten 6, Croupöse Lungen-

entzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 57, Todtgeborene 28.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. Januar 1895.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23. Januar 1895.

Дозв. ценз. Спб. 6 Января 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, 14. (26.) Januar **1895**

Inhalt: L. Thomson: Ueber habituelle Scoliosis. — Referate: K. Winkelmann: Zur chirurgischen Behandlung des paralytischen Klumpfusses. — G. Hensel: Die Resultate der Klumpfussbehandlung in der chirurgischen Klinik zu Jena 1888—1893. — Prof. G. Lewin und Dr. Th. Benda: Ueber Erythromelalgie. — F. Jolly: Ueber acute aufsteigende Paralyse. — B. Buxbaum: Hydriatische Behandlung der Ischias. — Tobeitz: Zur Prophylaxis und Therapie der Pertussis. — F. Frühwald: Antispasmin, ein neues Mittel gegen Keuchhusten. — L. Fürst: Die Barlow'sche Krankheit (Rachitis haemorrhagica). — Bücheranzeigen und Besprechungen: A. Hegar: Der Geschlechtstrieb. — P. G. Unna: Die Histopathologie der Haut. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber habituelle Scoliosis.

Vortrag gehalten im Aerzteverein zu Reval.

Von

Dr. L. Thomson,

Reval.

Angeregt durch die neuerdings immer heftiger aufeinander prallenden Ansichten über Scoliosis und deren Behandlung, habe ich mein 8-jähriges Scoliosenmaterial einer Sichtung unterworfen, speciell die habituelle Scoliosis in den Kreis der Betrachtung gezogen und sowohl auf die angewandte Behandlungsmethode als auch auf deren Resultate geprüft. Trotzdem die Frage der habituellen Scoliosis in den letzten Jahrzehnten hinter der übrigen Medicin wahrlich nicht zurückgeblieben ist, bildet sie dennoch eines der dunkelsten und widerspruchvollsten Capitel der exacten Medicin, nicht allein was Entstehung und Therapie anbetrifft, sondern gleichfalls die pathologische Anatomie und deren einheitliche Interpretation.

An 125 habituellen Scoliosen, die durch meine Behandlung gingen, hatte ich Gelegenheit alle Stadien ihrer Entwickelung neben einander zu sehn und mir eine möglichst selbständige Ansicht über das Wesen der Scoliosis habitualis und ihre Behandlung zu bilden.

Vielfach wird noch die Anschauung vertreten, dass die Entstehung der meisten Scoliosen mit der Zeit der Pubertät zusammenfalle; eine Anschauung, welche nur auf den Umstand zurückzuführen ist, das die betreffende Rückgratsverkrümmung als vollkommen ausgebildet dann erst bemerkt und constatirt wurde.

Die habituelle Scoliosis kann in jedem Lebensalter entstehen; die meisten Verkrümmungen aber liefert die Zeit vom 7.—10. Jahre; es ist das die Zeit der 2. Dentitionsperiode und die Entwickelungszeit der physiologischen antero-posterioren Krümmung der Wirbelsäule. Namentlich letzterer Umstand ist insofern von dem gröss-

ten praktischen Interesse, als eine restitutio ad integrum der Scoliosis um so weniger Chancen hat, je weniger diese antero posteriore Krümmung der Wirbelsäule ausgesprochen war; mit anderen Worten, wenn sich die Scoliosis vor Eintritt der normalen antero-posterioren Krümmung ausgebildet hat. Ja, man kann noch weiter gehen und sagen, je ausgesprochener der runde Rücken ist, um so seltener tritt Scoliosis ein.

Was die Entstehungsursache der Scoliosis habitualis betrifft, so führe ich nur die jetzt wol allgemein geltende Roser-Volkmann'sche Belastungstheorie an. Durch Verlegung des Körper-Schwerpunktes entweder nach rechts oder links von der Wirbelsäule, wird letztere zum Ausbiegen gezwungen und zwar mit der Concavität der Krümmung zur belasteten Seite Soweit ist der Zustand ein physiologischer und wird erst dann pathologisch, sobald die Wirbelsäule beim Geradeaufrichten des Rumpfes nicht mit folgt, sondern in Folge Fixation durch die Muskeln, ferner in Folge von Bänder- und Knochenveränderungen verkrümmt bleibt. Zander-Stockholm definirt die Scoliosis hab. folgendermassen: dieselbe ist die zur Gewohnheit gewordene durch Bänder- und Knochenveränderung, mehr oder weniger fixirte und consolidirte schiefe Haltung des Rumpfes.

Gegeben sind diese ursächlichen Momente der Verlegung des normalen Druckes seitlich von der Wirbelsäule im täglichen Leben genug (das Tragen von Lasten nur auf einem Arm etc.) doch die Quelle der meisten hab. Scoliosen ist die Mädchenschule Unter den 125 Fällen, die ich oben erwähnte, befanden sich nur 3 Knaben. Schwerlich würde sich dieser Procentsatz zu Ungunsten der Knaben verschieben lassen, wenn eine exacte Untersuchung aller Schulpflichtigen vorgenommen werden sollte Meiner Meinung nach könnte durch eine solche Enquête nur constatirt werden, dass das Verhältniss der scoliotischen Mädchen und Knaben nur noch mehr zu Gunsten der Knaben ausfallen würde, da die weniger gebildeten Klassen wohl schiefe Mädchen genug, selten aber einen scoliotischen Knaben liefern würden. Das liegt schon in der Natur der ganz verschiedenen Erziehungsweise beider Geschlechter. Dagegen werden bei Knaben viel schwerere Formen von Rückgratsverkrümmungen beobachtet, weil die Deformität gewöhnlich sich selbst überlassen bleibt. In Deutschland, dem Lande der Schulen und der Statistik, sind ca. 80% aller Schulmädchen scoliotisch. Eine einschlägige Statistik über die Knabenschulen habe ich nicht finden können. Diese Zahlen sollen nur auf den Ernst der Lage aufmerksam machen. Dass die Prädisposition zu ähnlichen Knochenerkrankungen von Geschlecht zu Geschlecht vererbungsfähiger wird, die Circulation und die übrigen körperlichen Functionen aber unter der Last der Erkrankung leiden, liegt auf der Hand. Vererbung der hab. Scoliosis — nicht der rhachitischen — ist in Deutschland von den Autoren in 25—27% der Fälle nachgewiesen worden.

Dieses unsinnig lange Stillsitzen eines im Wachstum und in der Entwickelung begriffenen Organismus, wie es in Folge von Pflicht in Schule und Haus stundenlang und meist ohne Erholung zu geschehen pflegt, erschlafft den jungen Körper, ermüdet sein Muskelsystem. Hinzukommen noch als ursächliche Momente das sprichwörtlich gewordene Missverhältniss zwischen der Höhe des Schultisches und des Stuhles, ferner die Schräglagerung des Schulheftes in Folge der Schrägschrift und wir haben die Hauptfactoren beisammen, deren Zusammenwirken uns die Scoliosis habitualis liefern. Dass Anämie, Chlorose und weitere Constitutionsanomalien und Krankheiten wie z. B. heredit. Lues, ferner die Zeit nach schweren acuten Krankheiten, wenn der Reconvalescenz nicht genügend Rechnung getragen wurde, dass all solche Umstände eine Praedisposition zur Scoliose verstärken und unterhalten, wird ganz bestimmt niemand mehr abweisen.

So ist die Scoliosis habitualis nicht allein ein Belastungs- sondern zum Theil auch ein Ermüdungsproduct.

Gehen wir aber jetzt von den Entstehungsursachen auf den Entwickelungsgang der seitlichen Wirbelverkrümmungen über, so fand ich fast in sämmtlichen Initialstadien, welche mir vorlagen, die linke Totalscoliosis oder die primäre linke Lendenscoliosis als erste Theilerscheinung vor; aus der linken Lumbalscoliosis entwickelt sich secundär durch natürliche Adaption die rechte Dorsalscoliosis, die zweithäufigste Erscheinung.

Zwar behaupten eine Reihe von Orthopäden, dass die rechte Dorsalscoliosis das primäre sei; jedoch steht ihnen eine bei weitem grössere Anzahl von Gegnern ihrer Ansicht gegenüber. Dann beweist ferner die Art und Weise der Entstehung der habituellen Rückgratsverkrümmung die Richtigkeit der ersten Beobachtung.

Die kleinen Patienten verschieben beim Schreiben ihren Oberkörper nach rechts, so dass die Körperlast mehr auf den rechten Schenkel zu ruhen kommt; drehen aber dabei den oberen Theil des Rumpfes zugleich nach links, um den rechten, schreibenden Arm zu entlasten und ihm mehr Spielraum auf der Tischplatte zu verschaffen. Die directe Folge einer solchen Stellung kann einzig und allein eine linksseitige Total- oder aber in den meisten Fällen eine links convexe Lumbal- und später hinzutretende rechtsconvexe Dorsalscoliosis sein. Der Körper in dieser Zwangsstellung findet aber schliesslich keine Stütze mehr durch Auflagerung des linken Armes auf den Tisch, sondern dadurch dass er in sich zusammensinkt — sogen. Kauerstellung. Aus dem Grunde nennt auch Jul. Wolff die habituelle Scoliosis eine functionelle Anpassung an eine zusammengehockte Haltung der Wirbelsäule. Die so entstandene Körperhaltung wird durch die Muskeln bleibend fixirt.

Aus dieser linksconvexen Totalscoliosis oder aus der lumbalis sinistra — dorsalis dextra kann sich eine dreifache Verkrümmung herausentwickeln; so kann die Mitte der Wirbelsäule rechts, der obere und untere Abschnitt derselben nach links ausweichen.

Je weiter die Krümmung der Wirbelsäule fortschreitet, um so weniger stützt dieselbe sich auf die einzelnen Wirbelkörper und Zwischenscheiben, um so mehr lockert sie und dehnt einseitig den Kapsel- und Bänderapparat und belastet schliesslich diejenigen knöchernen Theile der Wirbelsäule, welche ursprünglich nur zur Bewegungshemmung vorhanden waren. Kein Wunder, wenn bei stetem Verharren in solcher Stellung durch Compression und Schwund der Knochen, durch Dehnung und Lockerung des ligamentösen Apparates eine bleibende, in späteren Stadien sich ankylosirende Verkrümmung eintritt. Dadurch dass der Druck, welcher auf den einzelnen Wirbelkörpern lastet, selbstverständlich mehr die zur Concavität der Krümmung gerichteten Theile comprimirt, bildet sich eine keilförmige Missgestaltung der Wirbelkörper schnell heran, dadurch dass letztere an ihrer concaven Seite niedriger und breiter werden. Auffallender Weise leidet dabei die obere Fläche eines jeden Wirbelkörpers mehr als die untere.

Die Folge dieser keilförmigen Abplattung der Wirbelkörper ist ihr Ausweichen nach der Seite der Convexität hin, während die Wirbelbögen sich entgegengesetzt richten — es bildet sich die sogenannte Axendrehung, die Torsion der Wirbelsäule heraus. Damit ist auch die eintretende Deformität des Thorax angebahnt, indem die Rippenbögen auf der convexen Seite der Krümmung nach hinten, die der concaven Seite sich nach vorne wölben und somit die unheilbaren Rippenhöcker schaffen

Die beiden Schulterblätter, die bis dahin nur eine Höhendifferenz unter einander aufwiesen, folgen eo ipso dieser Torsion der Wirbelsäule. Das Schulterblatt der Convexseite entfernt sich von der Wirbelsäule und schiebt sich noch mehr in die Höhe, das Schulterblatt der Con-

cavseite nähert sich der verkrümmten Wirbelsäule progressiv und tritt nach unten. In diesem sogenannten 2. Stadium der Scoliose (Stadium der Axendrehung) kann die Wirbelverkrümmung activ gar nicht, passiv nur durch Hängen in der Glissonschen Schwebe ausgeglichen werden. Der Rippenhöcker wird nicht ausgeglichen. Schon in diesem 2. Stadium müssen die Rippen der Convexitätsseite sich natürlich weiter von einander entfernen, die der Concavitätsseite aber bedeutend einander nähern.

Diese Annäherung der Rippen schreitet im 3. Stadium der Scoliosis, welches sich durch völlige Unbeweglichkeit der verkrümmten Wirbelsäule bekundet, in so hohem Grade fort, dass die Rippen der Concavseite sich untereinander berühren und abplatten, in Folge dessen Längsausbuchtungen und 3 — 4 anstatt der normalen 2 Kanten entstehen.

Auf der Seite der Convexität tritt secundär Muskeldehnung ein, auf der der Concavität — Erschlaffung bis zur fettigen Degeneration der (unthätigen) Muskulatur — so der intercostalen.

Die nächsten Folgen dieses zusammengepressten und gedrehten Thorax sind Circulationsstörungen (Herzpalpitationen, Kopfschmerzen) Respirationsanomalien durch geringe Lungencapacität. Secundär in Folge letzteren Umstandes: Erweiterung des rechten Herzens mit ihren Folgezuständen (Cyanose, kalte Extremitäten etc.) und Stauungserscheinungen in den Unterleibsorganen; ferner machen sich noch geltend: Verdauungsbeschwerden und die hochgradigsten, unerträglichsten Intercostalneuralgien.

Ebenso schwer wie der Thorax wird das Becken in Mitleidenschaft gezogen, sobald bei hochgradiger Lumbalscoliosis das Kreuzbein sich an der Verkrümmung betheiligt. Es bildet sich das schräg verengte Becken heran, das bei verstärktem einseitigem Pfannendruck in das pseudoosteomyelitische übergehen kann.

Aber nicht allein die äussere Form der Wirbel wird in Mitleidenschaft gezogen, sondern auch die innere Structur der betheiligten Knochen ändert sich mit den Graden der Scoliosis. In welcher Weise, würde hier zu weit führen.

Für den praktischen Arzt ist die frühe Constatirung einer beginnenden Scoliosis von der grössten Wichtigkeit, da es feststeht, dass dieselbe sich selbst überlassen eine progressive Tendenz zu rapider Verschlimmerung zeigt, ferner, dass je fortgeschrittener eine Scoliosis ist, desto geringer die Chancen der restitutio ad integrum werden.

Die Scoliosis hat wie fast eine jede Krankheit ihr Prodromalstadium mit seinen praemonitorischen Anzeichen. Wenn auch letztere nicht in bestimmte Merkmale und Symptomgruppen zusammengefasst werden können, sich auch nicht zu einem einheitlichen Bilde aufrollen lassen, bilden sie dennoch die verschiedensten, dem Auge mehr als dem Masse bemerkbare, Asymmetrien der Rückenmuskulatur.

Einer jeden Scoliosis gehen Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule voraus, dann folgen Niveauunterschiede der Weichtheile des Rumpfes. Verschiedenheit der Taillendreiecke (Dreieck zwischen dem herabfallenden Arm und dem Rumpfe), Verschiebung der Schulterblätter oder schon Verschiedenheiten in der Hüftstellung. Die Deformität der Wirbelsäule braucht noch garnicht ausgeprägt, sondern kaum angedeutet zu sein. Sind aber die genannten praemonitorischen Anzeichen vorhanden, so ist mit Unfehlbarkeit auf eine bald sichtbar werdende Scoliosis zu schliessen. Patienten, die in solchen Stadien in Behandlung kommen, geben stets die günstigsten Resultate, müssen aber immer nach der Heilung längere Zeit unter Controlle bleiben. Der Erfolg der Behandlung richtet sich nach dem Grade der vorhandenen Scoliosis. Für die Praxis unterscheidet man am besten folgende drei Abstufungen. (Hoffa)

1. Grad. Die einfache scoliotische Haltung. Lateralverschiebung ausgesprochen. Die primäre Scoliose stets angezeigt. Hier ist vollkommene Heilung zu erzielen.

2. Grad. Niveaudifferenzen. Gegenkrümmung eingetreten. Die Wirbelsäule kann wieder gerade gerichtet werden und ein bestehender Rippenbuckel lässt sich abflachen.

3. Grad. Hochgradige Lateralverschiebung mit Rippenbuckel und Thoraxdeformität. Suspension erzielt nur eine Abflachung der seitlichen Abweichung der Dornfortsätze.

Es lässt sich mit allen orthopädischen Hilfsmitteln eine Besserung der Rumpfcontouren erzwingen, aber keine Heilung

Diese angeführten 3 Stadien decken sich nicht ganz mit den erstbeschriebenen pathologisch-anatomischen 3 Graden, bilden aber eine praktischere Eintheilung, als die Beibehaltung der pathologisch-anatomischen

Was die Behandlung selbst anbetrifft, abgesehen von der historischen Entwickelung derselben so verfolgen sämmtliche Methoden, welche zur Zeit neben einander bestehen, eine Lockerung und Geraderichtung der Wirbelsäule und Ausgleichung der bestehenden Niveaudifferenzen. Die erste Methode, welche jetzt beinahe auch zu den historischen gerechnet werden kann, besteht in der alleinigen Anwendung von Geradehaltern und Corsets. Der zweifelhafte Nutzen einer solchen Therapie wird jedem klar, wenn er sich die Wirkung dieser Apparate zurecht legt. Durch ständigen Druck und einschnürenden Zwang können Geradehalter und Corsets nur hemmend auf die Weiterentwickelung einer Scoliose wirken; eine Radicalheilung können diese Apparate nie und nimmer herbeiführen. Zugleich wird aber auch die Ausbildung der antero-posterioren Krümmung behindert, die Respiration eingeschränkt, die Schwäche der Rumpfmusculatur nimmt stetig zu, dadurch dass der Körper sich nicht mehr normaler Weise auf seinen Knochenapparat und seine Musculatur verlässt, sondern seine Stütze im Corset findet. Entfernt man dann eines Tages die Stützapparate, so sind sämmtliche ursächlichen Momente der Scoliose, soweit dieselben im Körper zu suchen waren, in nur verstärktem Masse wieder vorhanden und die Gefahr eines Recidivs liegt nur zu nahe. Zweitens wird ein Stützapparat und sei es auch der beste, nie Niveaudifferenzen und Knochendeformitäten zum Ausgleich bringen, und der Patient muss, um einigen Nutzen von seinen Apparaten zu haben, beim alleinigen Gebrauch eines Corsets und Geradehalters, dieselben schon zeitlebens tragen, wie der Lahme seine Krücke.

Die 2. Methode ist die rein gymnastische, wie sie namentlich von den schwedischen Orthopäden geübt und mit Feuereifer vertheidigt wird. Besonders auf ihre sogen. Widerstandsbewegungen legen die Schweden ein hohes Gewicht. Wenn auch nicht zu leugnen ist, dass die rein gymnastische Therapie der ersten Methode bei weitem vorzuziehen ist, weil rationeller, so erfordert sie doch eine Masse von Zeit, die in keinem Verhältniss zu den Erfolgen steht und zweitens können durch sie nur frühe und wenig vorgeschrittene Fälle geheilt werden. Dieser Methode ist auch das schwedische mechanisch-gymnastische System des Stockholmer Arztes Dr. Gustav Zander einzureihen. Durch genial erdachte Maschinen, die zum Theil activ von dem Patienten in Bewegung gesetzt werden, zum Theil den activen Bewegungen des Scoliotischen Widerstand leisten, zum Theil durch Motore in Action gesetzt werden und die passive Reihe der Bewegungen übernehmen, wie z. B auch die Massage — durch diese Maschinen sucht Zander die menschliche Hand und Kraft, ja sogar die menschliche Intelligenz zu ersetzen und zu überbieten.

Die 3. Methode ist die sog. gymnastisch-orthopädische, wie sie namentlich jetzt in Deutschland ihre Vertreter gefunden, die neben einer streng ausgebildeten Gymnastik

an zweckentsprechenden, speciell zu dem Behufe construirten Geräthen, neben Freiübungen in zweiter Linie auch Corsets und Geradehalter anwenden. Von allen Corsets der Neuzeit verschafft sich das dänische oder Nyropsche die gleichmässigste Anerkennung und entspricht es auch in jeder Beziehung allen Anforderungen, welche man an ein Scoliosen-Corset zu stellen berechtigt ist.

Das Hauptgewicht legt die gymnastisch-orthopädische Therapie auf das Redressement der verkrümmten Wirbelsäule und Thoraxdeformität durch geregelte Gymnastik und sieht nur im anhängenden Corsetsystem einen Nothbehelf, um das Fortschreiten einer Verkrümmung zu hemmen.

Während ich in den ersten Jahren meiner Scoliosenbehandlung ausschliesslich die sogenannte schwedische Heilgymnastik anwandte, lernte ich mit der Zeit deren Vorzüge und Fehlerquellen kennen und bin allmählich auf eine mir persönlich zweckmässiger erscheinende Combination der schwedischen und deutschen mechanischen Heilmethode übergegangen. Von 125 habituellen Scoliosen, die ich behandelt habe, sind 86,4 pCt. also 108 theils vollkommen geheilt, theils als bedeutend gebessert entlassen worden, 17 als ungebessert. Diesen hohen Procentsatz von Heilung, resp. auffallender Besserung, führe ich einzig und allein auf die angewandte Combination der schwedischen und deutschen Heilgymnastik zurück, denn bei Anwendung nur des schwedischen Systems schwankte der Procentsatz zwischen 62—67 pCt. Allerdings muss hier zugegeben werden, dass dieser geringe Procentsatz zum kleinen Theil auch abhängig von verschleppten Fällen war, wie sie mir in späterer Praxis immer seltener zu Gesicht gekommen oder wie ich solche Fälle neuerdings gar nicht mehr aufnehme.

Recidive habe ich in 9 pCt. der Fälle erlebt, die aber bei sofortigem Einschreiten sich schnell und leicht corrigiren liessen. Eine Anzahl genesener Patienten habe ich leider aus dem Auge verloren, muss aber annehmen, dass dieselben gesund geblieben sind, da mir keine gegentheilige Meldung geworden ist.

Nach all dem Gesagten geht zur Evidenz hervor, dass wir Aerzte nicht erst auf eine vollkommen ausgesprochene Scoliosis warten dürfen, sondern womöglich schon bei den ersten praemonitorischen Anzeichen den Patienten zu einer zweckentsprechenden Behandlung bestimmen müssen. Eine grosse Reihe von Fällen wird aber erst dann den orthopädischen Anstalten überwiesen, wenn schon trotz der Kleidung eine auffallende Deformität des Rumpfes zu Tage tritt. Das sind meist diejenigen Fälle, m. H.! bei denen nichts mehr zu machen ist, als dafür Sorge zu tragen, dass der Körper nicht ganz zu Grunde geht.

Wichtiger sei es für uns Aerzte, und es liegt in unserer Macht, die Zahl der habituellen Scoliosen einzuschränken. Es ist das ja keine leichte Aufgabe, in den Familien seinen ganzen Einfluss geltend zu machen, dass die Kinder von Jugend auf an körperliche Bewegung gewöhnt werden, dass auf eine richtige Vertheilung von Arbeit und Ruhe gesehen wird und vor allen Dingen auf ein richtiges Sitzen während der Schularbeiten. Nicht jedes Kind kann an jedem Tisch sitzen. Die Längenverhältnisse der einzelnen Gliedmaassen bestimmen die Höhe des Tisches und seinen Abstand von der Bank. Das ist bei jedem Individuum verschieden.

Theorie und praktische Erfahrung haben gelehrt, folgende Verhältnisse von einem Schultisch zu fordern.

Der Stuhl muss die Höhe der Unterschenkel haben ($^2/_7$ der Körperlänge). Die Breite des Sitzes muss der Länge des Oberschenkels voll entsprechen. Die Lehne des Stuhles muss die Höhe der halben Schulterblätter erreichen und eine Krümmung aufweisen, welche der antero-posterioren des Körpers entspricht.

Die Differenz zwischen Tisch- und Sitzhöhe soll dem Abstand der herabfallenden Ellenbogen von der Sitzhöhe gleich sein ($^1/_7$ der Körpergrösse; bei Mädchen in Folge der bauschigen Kleider $^1/_6$).

Die Tischplatte hat eine Neigung von 20° aufzuweisen und soll 45 Cm. breit sein. Die Distanz zwischen Stuhl und Tisch muss möglichst negativ sein. Also der hintere Tischrand muss den vorderen Stuhlrand überragen. Die Tischplatte ist deshalb zum Aufklappen eingerichtet, damit der Schüler in die Bank treten oder aufstehen kann.

Der Einwand, dass ein Schüler gar bald aus seiner Bank herauswächst und eine neue benöthigt, wird durch eine Höhenverstellbarkeit von Bank und Stuhl aufgehoben. Viel stichhaltiger ist der Kostenpunkt als Einwand, der durch nichts zu beseitigen wäre, wenn nicht Lorenz in seinem Buch «über die Schulbankfrage» auch diesen Einwand beseitigte. Lorenz schreibt:

Das Kind wird auf einen gewöhnlichen Rohrstuhl mit entsprechend geneigter und gepolsterter Lehne und mit Armstützen zum Aufstützen der Arme in grossmöglichster negativer Distanz vor einen viereckigen Tisch von gewöhnlicher Höhe gesetzt, so dass der vordere Rand der Sitzfläche in die Kniekehle des Kindes zu liegen kommt. Durch eine hölzerne Unterlage unter die Stuhlbeine wird die Sitzfläche so erhöht, dass die zwanglos herabhängenden Ellenbogen auf dem hinteren Tischrande aufruhen. Auf den Tisch kommt ein gewöhnliches Pult von wenigstens 20° Neigung. In einer solchen Vorrichtung kann das Kind nun mit voll angelegtem Rücken der Schreibbeschäftigung obliegen und ist eine solche Vorrichtung bei einigermassen gutem Willen ohne Schwierigkeiten durchzuführen.

Seitdem der Augenarzt Schubert nachgewiesen hat, dass die Kopfhaltung von der Zeilenrichtung im Wesentlichen abhängig ist, die Schräglage des Heftes aber eine Schrägstellung des Kopfes, somit auch der Wirbelsäule bedingt, so ist eine Mittellage des Heftes unbedingt zu veranlassen, was aber nur mit Einführung der Steilschrift trotz aller Pädagogen durchzuführen wäre.

Diese 3 Postulate: Reclinationslage des Körpers, Steilschrift und Mittellage des Heftes machen den Schreibact zu einem wirklich ungefährlichen Unternehmen. Durch die Reclinationslage werden schon die Augen in viel höherem Grade geschont werden, als es jetzt bei gewöhnlicher Sitzart der Fall sein kann.

Sollte es aber trotz aller Vorsichtsmassregeln dennoch zu einer habituellen Scoliosis kommen, so wäre ja die idealste Behandlung die in neu eingerichteten orthopädischen Internaten, wo neben den gewöhnlichen Schulfächern ganz besonders auf die körperlichen Fehler und Schwächen geachtet werden kann und ich bin überzeugt, dass in 5—6 Monaten mehr an den Patienten erreicht sein wird, als wir in 2—3 Jahren mit unserer ambulatorischen Behandlung ausrichten, wobei die Kinder noch unter den sie krankmachenden Einflüssen der Schule verbleiben.

Referate.

K. Winkelmann: Zur chirurgischen Behandlung des paralytischen Klumpfusses. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 39).

Verf. hat in einem Fall von paralytischem Klumpfuss, wo die Bengemusculatur intact war, diese zum Ersatz für die gelähmten Peronei eintreten lassen, indem er den lateralen Theil der Gastrocnemius-Sehne mit der Sehne des Peroneus longus vernähte. Das Verfahren ist folgendes: Nach subcutaner Tenotomie der Achillessehne und subcutaner Durchschneidung der Plantarfascie wird durch einen Längsschnitt im untern Abschnitt der Wade die Sehne des Gastrocnemius freigelegt und der laterale Theil derselben an der Verbindungsstelle mit dem Soleus quer durchschnitten und mit dem peripheren Ende der durchtrennten Sehne des Peroneus longus vereinigt. Alsdann wird die Sehne des Peroneus brevis seitlich an die des longus angenäht. Danach Gypsverband, später Massage.

Das Resultat (durch Abbildungen veranschaulicht) war ein vorzügliches. Die Supinationsstellung war noch leise angedeutet und nach zwei Monaten bestand ohne jede Nachbehandlung keine Neigung zu Recidiv. In künftigen geeigneten Fällen will Verf. die ganze Kraft des Gastrocnemius verwenden, indem er die laterale Hälfte seiner Sehne mit der des Extensor digitorum longus, die mediale mit der Peroneussehne vereinigt. Die Plantarflexion bleibt dann dem Soleus allein überlassen und der Gastrocnemius wirkt als Antagonist.

Wold Fick.

G. Hensel: Die Resultate der Klumpfussbehandlung in der chirurg. Klinik zu Jena 1888—1893 (Langenbecks Archiv Bd. 47, III und IV).

Statistisch verwerthet sind 47 Fälle von angeborenem (32) und erworbenem (15) Klumpfuss, bei denen sich das Resultat der Behandlung längere Zeit nach der Operation feststellen liess. Bei der Behandlung kamen in leichten Fällen Tenotomien mit und ohne «Knetung», sonst supramalleoläre Osteotomien, Keilexcisionen aus der Fusswurzel und die Phelpssche Operation in Anwendung, in einem Falle genügte ein unblutiges Verfahren, nämlich kräftige Dorsalflexion in Narkose. Die Exstirpatio tali wurde nicht ausgeführt, weil von dem Tiefertreten der Malleolen nach dieser Operation Beschwerden erwartet wurden und auch Patienten, denen der Talus anderweitig exstirpirt worden war, mit Recidiven in die Klinik kamen.

Die besten Resultate lieferte die Phlepssche Operation, danach die Keilexcision, dann die supramalleoläre Osteotomie, der sich endlich die Tenotomie mit «Knetung» anschloss. Die eingreifenderen Knochenoperationen wurden nur in hartnäckigen Fällen bei älteren Patienten vorgenommen, bei Kindern unter 1 Jahr wurde auch die Phelpssche Operation nach Möglichkeit vermieden.

Das Alter der operirten Kranken schwankte zwischen einigen Monaten und 20 Jahren. Wold. Fick.

Prof. Georg Lewin und Dr. Theodor Benda: Ueber Erythromelalgie. (Berl. kl. Wochenschrift 1894. №№ 3. 4. 5. 6.).

Lewin und Benda geben eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten und von ihnen selbst beobachteten Fälle von Erythromelalgie. 40 Krankengeschichten werden mitgetheilt und einer epikritischen Besprechung unterzogen. Auf Grund ihrer Untersuchungen kommen die beiden Autoren zu der Ueberzeugung, dass das als Erythromelalgie bezeichnete, aus Schmerzhaftigkeit, Röthung und Schwellung der Extremitätenenden bestehendeSymptomenbild keine Krankheit sui generis sei. Die von vielen Autoren vertretene Anschauung, die Erythromelalgie sei eine vasomotorische Neurose, weisen sie ebenso wie Eulenburg zurück, da die vasomotorischen Symptome den Schmerzen gegenüber ganz in den Hintergrund treten und sich erst secundär zu ihnen hinzu gesellen. Nach L. und B. bildet die Erythromelalgie theils eine Begleiterscheinung verschiedener Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, theils tritt sie als Symptom der so überaus symptomenreichen allgemeinen Neurosen auf, theils ist sie als Neuralgie oder Neuritis, theils schliesslich als Reflexerkrankung anzusehn. Die E. könne also sowohl durch central als peripher gelegene Processe bedingt werden.

Weiss.

F. Jolly: Ueber acute aufsteigende Paralyse. (Berl. kl. Wochenschrift 1894 № 12).

Im Anschluss an einen Fall eigener Beobachtung (multiple Neuritis bei einem Potator unter dem Bilde der Landry'schen Paralyse verlaufend) unterzieht J. die über die Pathologie der Landry'schen Paralyse herrschenden Anschauungen einer kritischen Besprechung und kommt dabei zum Schluss, dass die in Form der acuten auf- oder absteigenden Paralyse verlaufenden Krankheitszustände 1) in der Mehrzahl der Fälle der Polyneuritis zugehören, 2) durch acute Myelitis und Metencephalitis (so bezeichnet J. die Polioencephalitis superior Wernicke's Ref.) bedingt sein können, dass aber wahrscheinlich 3) die die nervöse Function schädigende Ursache unter Umständen zur Wirkung gelange ohne mikroskopisch nachweisbare anatomische Veränderungen zu hinterlassen. Speciell für die Fälle der letzten Art will J. den Namen der Landry'schen Paralyse reservirt wissen. Weiss.

B. Buxbaum: Hydriatische Behandlung der Ischias (Bl. f. klin. Hydrotherapie 1894. H. 4).

Nach dem Vorgang von Winternitz und Paspischil hat Buxbaum 36 Fälle von Ischias hydriatisch behandelt: Nach einem allgemeinen kurzen kalten Regen wird mit circa 40° heissem Dampf die kranke Extremität überströmt. Nachdem durch etwa eine Minute der heisse Dampf eingewirkt hat, wird eine kalte Fächerdusche auf die Extremität applicirt. Dampf und kalter Fächer wechseln miteinander durch 5–6 Min. ab worauf nach einem allgemeinen kurzen kalten Bade der Patient rasch abgetrocknet wird. Von 36 Fällen wurden 23 nach dieser Methode geheilt. In den 4 übrigen Fällen war wegen Tuberculose ein heilsamer Effect nicht zu erzielen, und sie wurden nach dem ersten Versuch entlassen. Ueberhaupt ist nach B. der Erfolg einer Sitzung maassgebend für den Erfolg. Besserung nach der ersten Sitzung ist die Regel und der Fall ist dann heilbar. Tritt keine Verbesserung oder sogar Verschlechterung ein, so ist ein unheilbares Grundübel vorhanden und kein weiterer Versuch mit der Dusche zu machen.

Buch (Willmanstrand).

Tobeitz: Zur Prophylaxis und Therapie der Pertussis. (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 18).

Von dem Standpunkte ausgehend. dass der Infectionsstoff der Keuchhustenkranken nar durch den Respirationstractus in den Körper und nur in dessen Secreten wieder in die Aussenwelt gelangt, führt Verf. verschiedene Schutzmaassregeln gegen den Keuchhusten an. Obenan steht als sicherstes Mittel die Entfernung der Kinder vom Orte der Epidemie; schwache Kinder sollen während einer Keuchhustenepidemie aus der Schule genommen werden. Kommt es dennoch zur Erkrankung, so sollen die Kinder angehalten werden, niemals auf den Boden oder in trockne Spucknäpfe. sondern in mehrseits aufgestellte, mit einer desinficirenden Flüssigkeit gefüllte Gefässe zu speien; erhitzende und aufregende Spiele sollen nicht gestattet werden, wohl aber mässig ausgeführte Turnfreiübungen. Häufige Ventilation der Krankenzimmer, deren Temperatur höchstens 15° betragen soll, ist durchaus nothwendig. Auch die öffentliche Hygiene muss gegen den Keuchhusten ankämpfen. In der Schule ist darauf zu achten, dass diejenigen Kinder, welche die Krankheit bereits überstanden haben, jedoch von Zeit zu Zeit noch husten (secundär-catarrhalisches Stadium) in seitlich stehende isolirte Bänke zu setzen sind.

Bezüglich der Therapie lobt Verf. die Wirkung des Chinins allein, oder in Verbindung mit Antipyrin und Codein. Von den neueren Mitteln hat er keinen Effect gesehen.

Abelmann.

F. Frühwald: Antispasmin, ein neues Mittel gegen Keuchhusten. (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 18).

Auf dieses Präparat hat bereits Demme aufmerksam gemacht. Chemisch ist es ein Körper, in welchem 1 Molekül Narceinnatrium mit 3 Molekülen Natrium salicylicum vereinigt ist. Es bildet ein reines, schwach hygroskopisches Pulver, das sich in Wasser zu einer farblosen Flüssigkeit löst. F. verfügt über ein Beobachtungsmaterial von über 200 Fällen, welches Kinder von einigen Wochen bis zu höherem Alter umfasst; in allen diesen Fällen erzielte er mit dem Antispasmin sehr schöne Erfolge; dieselben traten sowohl im Sommer, als auch im Winter prompt ein, so dass die günstigen Resultate nicht der besseren Jahreszeit. sondern einzig und allein dem Mittel zuzuschreiben sind. Fast in jedem Stadium der Krankheit konnte eine coupirende Wirkung erzeugt werden. Verf. verordnete das Mittel auch mit gutem Erfolge bei spastischen Hustenanfällen, welche bei Kehlkopfkatarrhen, pleuritischen Exsudaten, Bronchialdrüsenschwellung und bei Tussis nocturna vorzukommen pflegen. F. verordnet das Antispasmin in 5—10 pCtiger Lösung mit Aq. amygd. dilut. 3–4 mal täglich in einem Esslöffel Zuckerwasser oder in Milch. Von der 5 pCtigen Lösung bekamen Kinder

unter	1/2 Jahre	3–4	mal	täglich	3—5	Tropf.	(0,01	pro dosi)
mit	1/2	»	»	»	5—8	»	(0,015	» »
»	1 Jahr	»	»	»	8—10	»	(0,02	» »
»	2	»	»	»	10—12	»	(0,025	» »
»	3	»	»	»	15—20	»	(0,05	» »

Bei Kindern über 3 Jahre gab F. die 10 pCt. Lösung und begann mit der Verabreichung von 3 mal täglich 10 Tropfen, stieg dann, wenn nicht bald Besserung zu beobachten war, auf 4 mal täglich je 10 Tropfen bis 15, bei älteren Kindern oder Erwachsenen 20—25 Tropfen. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Das Präparat ist ziemlich theuer.

Abelmann.

L. Fürst: Die Barlow'sche Krankheit (Rachitis haemorrhagica). (Arch. f. Kinderheilkunde Bd. 18).

Man versteht bekanntlich unter dem Namen «Morbus Barlowii» eine eigenthümliche Affection des frühesten Kindesalters. welche im Auftreten von subperiostalen Haemorrhagien an den Diaphysen der Röhrenknochen verbunden mit leichter Rachitis besteht; in vielen Fällen treten auch scorbutartige Veränderungen des Zahnfleisches hinzu, was viele Autoren bestimmt hat die Krankheit als Scorbut zu bezeichnen. Verf. giebt in seiner Abhandlung zunächst eine sehr fleissige Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle Barlow'scher Krankheit und führt die Krankengeschichte eines von ihm beobachteten Falles an, welcher letal endete, so

dass genaue mikroskopische Studien angestellt werden konnten. Der Fall ist insofern von Interesse, als keine Spuren weder von Rachitis noch von Scorbut bestanden haben. Das bis zum 6. Monate völlig normal entwickelte Kind hatte keine Muttermilch erhalten, sondern eine sterilisirte mit Albumose versetzte Kuhmilch. Da die Eltern in günstigen Verhältnissen lebten, auch hereditäre Einflüsse ausgeschlossen waren, so muss angenommen werden, dass die Albumosemilch den Anstoss zu der haemorrhagischen Diathese gegeben habe. Die Krankheit begann mit diffuser, resistenter Schwellung der Weichtheile beider Oberschenkel, das Kind magerte rasch ab, wurde anämisch, doch traten keine rachitischen Veränderungen am Knochenskelette auf. Der Tod trat in der 13. Krankheitswoche unter Erscheinungen von Seiten der Lungen ein. Die mikroskopische Untersuchung der afficirten Partien gab nicht viel Aufklärung. Dass das Haematom infolge Berstung von periostalen Gefässen erfolgte, ist wohl wahrscheinlich, doch liess sich dies nicht nachweisen. Entzündungserscheinungen fand F. nicht. — Verf. giebt in seiner Abhandlung einen sehr klaren Ueberblick über die Pathologie und Therapie der Barlow'schen Krankheit. Als die alleinige Ursache der Krankheit kann die Rachitis wohl sicher nicht gelten, denn sonst würde die Krankheit viel häufiger angetroffen werden.

Unzweifelhaft ist eine fehlerhafte Diät als die Hauptursache der Barlow'schen Affection hinzustellen. Die von derselben befallenen Kinder wurden meist künstlich aufgezogen und zwar nicht mit frischer Kuhmilch. sondern mit Milchconserven und Surrogaten mehlhaltigen Charakters. Als Nährmittel vor Ausbruch der Krankheit werden von deutschen und englischen Autoren erwähnt: condensirte Schweizermilch, Eichelcacao (Cassel) Biscuits, Weizenmehl, Albumosemilch, Leguminose etc. Je künstlicher die Zusammenstellung der Nährmittel im Säuglingsalter, desto wahrscheinlicher wird die Disposition zur Barlow'schen Krankheit. Die meisten Autoren sehen als Schädlichkeit dieser Nahrungsmittel den Mangel an Kalisalzen an. Das Deficit an Kali phosphoricum in der Nahrung bewirkt eine verminderte Widerstandsfähigkeit der Gewebe, Brüchigkeit der Gefässwände, verringerte Lebensfähigkeit der rothen Blutkörperchen (Cantani). Andere aetiologische Momente, wie schlechte Wohnungsräume, mangelhafte Ventilation, oder gar Infection sind nicht nachgewiesen. Pathologisch-anatomisch findet man an den befallenen Extremitäten: seröse oder gelatinöse Durchtränkung der Muskulatur, Haemorrhagien in der Muskulatur, dem Unterhautzellgewebe und in den Fascien. Das Periost ist geschwellt verdickt, blutig verfärbt; durch ein blutig seröses, zum Theil sulziges Transsudat vom Knochen abgehoben. In dem Coagulum finden sich ausser Fibrin und ausgelaugten rothen Blutkörperchen viele Wanderzellen und Endothelien, auch neugebildete Gefässe. Das Periost kann in grösserer Ausdehnung zerstört sein; der Knochen ist meist weder verdickt, noch diform; wohl aber findet sich häufig eine Epiphysenlösung, namentlich wenn rachitische Veränderungen bestehen. — Was die Therapie der Barlow'schen Krankheit anlangt, so sind vor Allem alle künstlichen Milchpräparate und Surrogate bei Seite zu schaffen. Man reiche den Kindern, falls sie Mutter- oder Ammenmilch nicht mehr haben können, unverdünnte pasteurisirte Kuhmilch, frisch ausgepressten Fleischsaft und Fleischextract, auch rohes Schabefleisch ist empfehlenswerth. Wegen ihres Gehaltes an Kalisalzen werden mit Vortheil verwendet: Kastanien, Artischocken, frische Gemüsepflanzen, z. B. Spinat. Bei jüngeren Kindern giebt man den Saft einer frischen Citrone oder Apfelsine, entsprechend versüsst, theelöffelweise; auch der Saft frischer Aepfel kann verordnet werden. Zur Unterstützung der Diät 1—2 Löffelchen Tokayerwein. Von Medicamenten wurden Eisen, Jodeisensirup, Liquor Kali acetici und Chinin empfohlen. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Hegar: Der Geschlechtstrieb. Eine social-medicinische Studie. Stuttgart. F. Enke. 1894. 154 pag.

Fussend auf seiner eigenen Erfahrung und auf streng wissenschaftlichem sowie grösstentheils amtlich-statistischem Material unterzieht Verf., der wohl wie kein Anderer dazu berufen war, obige Frage einer erschöpfenden Behandlung. Es kam ihm vor Allem darauf an, den falschen und überaus schädlichen Ansichten und Lehren entgegenzutreten, welche durch verschiedene neuere Schriften, wie insbesondere durch Bebel's ‹Die Frau und der Socialismus›, die in kurzer Zeit 10 Auflagen erlebte, in das Publikum geworfen werden. Die Sprache ist zwar keine populäre, jedoch eine allgemein verständliche, was zur möglichst weiten Verbreitung dieses bedeutsamen Buches gewiss beitragen wird. — Die überaus grosse Wichtigkeit des Themas rechtfertigt ein ausführlicheres Referat.

Capitel 1 enthält Begriffsbestimmungen und physiologische Erörterungen. Aus den Darlegungen der folgenden 5 Capitel geht Folgendes hervor: ‹Soweit Vergleiche zwischen Verheiratheten und durch ihren Stand zum Cölibat verpflichteten, Geistlichen und Ordensangehörigen, Aufschluss geben, ist ein bemerkbarer Einfluss der geschlechtlichen Enthaltung auf die Lebensdauer nicht vorhanden. Vergleiche zwischen Verheiratheten und Ledigen ergeben, dass die Befriedigung des Geschlechtstriebes und die Fortpflanzung vor vollständig erlangter Körperreife entschieden nachtheilig einwirkt. Die Befriedigung des Geschlechtstriebes und die Fortpflanzung bedingen für das verheirathete Weib bis zum 30., in einigen Ländern bis zum 40. Jahre eine erhöhte Sterblichkeit gegenüber den Ledigen. Die nach dem 40. Lebensjahre eintretende erheblich geringere Sterblichkeit wird gewöhnlich durch die abgemachte vollständige Erfüllung der Genitalfunctionen erklärt. Sie kann aber auch sehr gut ihre Ursache in der Auslese bei der Verheirathung haben, welcher dann noch eine zweite Ausmerzung der schwächeren Individuen in der Ehe durch die Fortpflanzung folgt.

Die vom 20. Lebensjahre an beobachtete geringere Sterblichkeit des verheiratheten Mannes erklärt sich durch die Auslese der Tauglicheren zur Ehe, die geringere Heirathsziffer der Angehörigen gefährlicher Berufe, die Verschlechterung, welche die Qualität der Ledigen durch die Auswanderung erleidet. Doch ist der direct günstige Einfluss der Ehe unverkennbar, und zwar wirken wesentlich die ethischen Factoren dieser Institution vortheilhaft ein (beim Manne besonders die Beförderung einer soliden Lebensweise, beim Weibe die Stütze und der Halt, welche es in seinem Lebensgange erhält), wogegen die Befriedigung des Geschlechtstriebes kaum in Betracht kommt.

Der Selbstmord hat mit unterdrücktem Geschlechtstrieb jedenfalls sehr wenig zu thun, da sämmtliche Liebesmotive zusammen nur einen geringen Beitrag zu dessen Ursachen stellen.

Der gute Einfluss auf den Irrsinn ist theilweise bloss scheinbar, da bei der Auslese die Disponirten und die bereits Kranken in grossem Maasse ausgeschlossen zu werden scheinen. Doch ist wenigstens beim Manne die vortheilhafte Einwirkung der Ehe unverkennbar und beruht wesentlich auf deren günstigen ethischen Factoren. Bei der Frau ist der Vortheil zweifelhaft, da die Nervencentren und das ganze Nervensystem durch die Fortpflanzung entschieden stark mitgenommen werden.

Satyriasis, Nymphomanie, Hysterie haben mit dem unterdrückten Geschlechtstrieb nichts zu thun.

Die Criminalität ist bei Verheiratheten ungleich geringer, als bei Ledigen. Bei den Attentaten gegen die Jugend spielt der unterdrückte Geschlechtstrieb eine Rolle.

Die Bleichsucht hat mit zurückgehaltenem Geschlechtstrieb keine ursächliche Beziehung. Ein jener Krankheit anscheinend ähnlicher, bei ledigen Mädchen zwischen 20—30 Jahren sich entwickelnder Zustand hat mehr psychische Ursachen und wird auch durch andere Mittel, als durch Verheirathung beseitigt, insbesondere durch eine passende Beschäftigung und Ausfüllung des Lebens. Verheirathung und Fortpflanzung wirken bei eigentlicher Bleichsucht geradezu nachtheilig.

Die Befriedigung des Geschlechtstriebes, insbesondere die Fortpflanzung, begünstigt bei Frauen die Entstehung und das Wachsthum der Geschwülste, giebt vielfach Anlass zu mechanischen Störungen, sowie zur Aufnahme giftiger, krankheitserregender Keime.

Die Knochenerweichung Erwachsener findet sich nur bei Frauen, welche sich der Fortpflanzung widmen›.

Capitel 7 behandelt die Unmässigkeit im Geschlechtsgenusse und die wilde Liebe.

Capitel 8. ‹Geschlechtstrieb und Familie›, bespricht die sterilen Ehen, die Ein-Kind-Fruchtbarkeit, beide fast gleich schlimm für die Eltern resp. das Kind, das Zweikindersystem, welches neben seinen Vortheilen jedenfalls zwei Uebelstände hat: 1) die Gefahr des Verlustes eines oder beider Kinder bei schon weit vorgeschrittenem Alter der Eltern und 2) den Gebrauch der Präservativmittel oder die Versuchung, sich anderwärts zu entschädigen, endlich die übermässige Kinderzahl. Es lässt sich leicht eine gewisse Maximalgrenze der Kinderzahl feststellen: Die passendste Zeit für Kindererzeugung liegt für eine Frau zwischen dem 20. und 40. Jahr. Zwischen der Geburt eines jeden Kindes sollte ein Zeitraum von etwa 2½ Jahren liegen, was 8 Kinder ergäbe.

Capitel 9. ‹Geschlechtstrieb und Staat›. Die Prostitution, für welche man ebenfalls unsere socialen und politischen Einrichtungen verantwortlich gemacht hat, während doch nur die richtige Einsicht und die Characterstärke der Individuen eine Besserung herbeizuführen vermag, wird nicht in den Rahmen der Betrachtung gezogen. Es ergiebt sich aus diesem Capitel, ‹dass eine bedeutende Fortpflanzungsgrösse in den jetzigen civilisirten Staaten Europas ihre grossen Schattenseiten hat: weniger guter Aufbau der Bevölkerung, erhöhte allgemeine Sterblichkeit und Kindersterblichkeit, schlechtere körperliche Beschaffenheit. Auswanderung, weniger günstige Vertheilung der Bevölkerung nach ihrem Wohnort, Stadt und Land, und

nach ihrer Beschäftigung, Ackerbau und Industrie, und zeitweise Hungerkrisen».

Capitel 10. «Ausgleiche und Gegenmittel der zu starken Fortpflanzung». «Die Beschränkungen der Eheschliessungen und die Verminderung der Geburten, wie sie bei schlechten wirthschaftlichen Zuständen beobachtet werden, haben keinen irgend nachhaltigen Erfolg. Ebenso wenig der Krieg. Dieser und die vermehrte allgemeine Kindersterblichkeit sind zu traurige Ausgleiche, als dass man nicht Alles thun sollte, um sie zu vermeiden. Eine Regelung der Production und Consumption und des Waarenaustausches auf internationalem Wege erfordern zu ihrer genügenden Durchführung noch lange Zeit, und werden, auch durchgeführt, das Missverhältniss zwischen industrieller und ackerbautreibender, städtischer und ländlicher Bevölkerung in vielen Staaten vergrössern und doch schliesslich zu Krisen führen. Die Auswanderung wird allgemein als nachtheilig betrachtet. Unsere (sc. deutschen) Kolonien kommen leider jetzt noch nicht in Betracht. Eine bessere Ausnutzung des Grundes und Bodens kann viel nützen, und hat auch durch den mit ihrer Durchführung verbundenen Zwang, eine grössere Menge Menschen auf dem Lande zu beschäftigen, entschieden Vortheile. Ausreichende Hilfe ist leider nicht davon zu erwarten. Das einzig wirksame Mittel, was auch stets den jedesmaligen Verhältnissen angepasst und modificirt werden kann, besteht in einer Regulirung der Fortpflanzung».

Im letzten Capitel «Beschaffenheit der Nachkommenschaft» kommt die Vererbungslehre im weitesten Sinne des Wortes zur Sprache. Die praktische Anwendung derselben führt zur planmässigen vorbedachten Zuchtwahl. Besser als alle Gesetze werden die Verbreitung von Kenntnissen, Aufklärung über die Nachtheile von Eheschliessungen elender und kranker Personen, der Einfluss der Aerzte Wandel schaffen. Menschen, welche Lues gehabt haben, werden am besten auf die Fortpflanzung verzichten. Bei Tuberculose wäre eine vollständige Trennung des Neugeborenen von den Eltern nothwendig.

«Die gebührende Rücksichtnahme auf die Qualität der Erzeugten bedingt gleichzeitig eine Verringerung der Quantität. Werden die Heirathen erst nach erlangter Körperreife, bei dem Weib mit 20, bei dem Mann mit 25 Jahren abgeschlossen, die Kindererzeugung bei der Frau mit dem 40., bei dem Mann mit dem 45.—50. Jahre eingestellt, werden die zur Erholung der Frau nöthigen Pausen zwischen den Niederkünften eingehalten, eintretende Erkrankungen und Schwächezustände in Betracht gezogen, belastete, kranke, geringwerthige Individuen von der Ehe mehr als bisher ausgeschlossen, so wird der für Deutschland offenbar zu bedeutende Bevölkerungszuwachs zu einem Theil wegfallen. Vollständig wird die Regulirung der Fortpflanzung, wenn man nicht eine für unsere jetzigen Anschauungen zu rigorose Auslese durchführen will, damit nicht erreicht werden. Mässigung und Enthaltsamkeit müssen dann noch ausserdem das Weitere besorgen».

Das bedeutungsvolle Buch schliesst mit den Worten:

«Die mannigfachen und zahlreichen Schäden und Nachtheile, welche die ungeregelten und ungezügelten geschlechtlichen Leidenschaften über die Welt bringen, können nur durch Aufklärung, Mässigung und Enthaltsamkeit beseitigt werden, und auch die schrecklichste Folge, die Prostitution, ist durch nichts anderes aus der Welt zu schaffen, am wenigsten dadurch, dass man die freie Liebe an die Stelle der Ehe setzt».

Michelson.

P. G. Unna: Die Histopathologie der Haut. Mit 1 chromolithographischen Tafel. Berlin 1894 bei August Hirschwald.

Diese achte Lieferung des Orth'schen Lehrbuches der speciellen pathologischen Anatomie stellt ein grosses Werk für sich dar, das über 1200 Seiten umfasst. Der Verfasser — durch seine unermüdliche Thätigkeit auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Dermatologie den Lesern der St. Petersb. Med. Wochenschrift gut bekannt, — ist unter den Deutschen Dermatologen bis heute der einzige gewesen, der es auf sich genommen hat die gesammte Pathologie der Haut von A bis Z durchzuarbeiten. Das vorliegende Werk — durch rastlose Arbeit der letzten 5 Jahre entstanden — legt ein glänzendes und beredtes Zeugniss nicht nur von immensem Wissen und grosser Literaturkenntniss des berühmten Hamburger Gelehrten, sondern auch von seinen eigenen unvergänglichen Verdiensten um die wissenschaftliche Erkenntniss der Hautkrankheiten ab. Denn ein überaus grosser Theil der wichtigsten pathologisch-anatomischen Befunde, die in diesem fundamentalen Werk niedergelegt sind, sind durch eigene mehrjährige Forschungen des Autors zu Tage gefördert worden; ein anderer bedeutender Theil ist aus seinem dermatologischen Laboratorium hervorgegangen und ist von seinen Schülern geliefert worden; dasjenige, was von anderen Forschern schon bearbeitet war, ist einer nachträglichen selbständigen Prüfung — soweit das vorräthige anatomische Material es zuliess, — unterworfen, bestätigt, ergänzt oder berichtigt worden; das Ganze schliesslich einer einheitlichen, harmonischen Auffassung und consequent durchgeführten allgemein-pathologischen Gesichtspuncten untergeordnet. Wenn bei dieser die Kräfte eines Einzelforschers beinahe übersteigenden Leistung manches noch als lückenhaft, unreif, ungenügend begründet oder bewiesen, einem strengen Kritiker vorkommen wird, so kann es unter obwaltenden Verhältnissen kaum verwundern. Je bedeutender und grösser die Leistung, umsomehr fallen auch die unvermeidlichen kleinen Schwächen auf, weil sie sich mit dem grossen Stil des Ganzen schlecht vertragen. So ist auch in diesem Buche neben meisterhaft geschriebenen Capiteln auch manche Seite zu finden, die sich nicht auf der Höhe des Ganzen hält. Mancher Abschnitt ist übermässig weitläufig und minutiös ausgeführt, während ein anderer viel zu kurz weggekommen ist. Manche Deduction und manche Theorie trägt noch den Stempel einer hastigen und unfertigen Arbeit an sich, manche Eintheilung und mancher Satz fordern zum offenen Widerspruch heraus. Dies sind aber lauter Mängel, die in einem so riesigen Werke, welches vielen alten Kram aus der dermatologischen Wissenschaft zu beseitigen sucht, um an seine Stelle bessere, unseren pathologischen Ansichten conformere Anschauungen aufzupflanzen, nicht überraschen und nicht abstossen dürfen. Denn in diesem Buche gährt es genau so, wie es in der ganzen pathologischen Wissenschaft zur Zeit gährt. Manches ist im Wandel begriffen, viele alte Stützen kommen in's Wanken und krampfhaft wird nach neuen gesucht....

Was dem Buche eine ganz besondere Bedeutung verleiht welche es weit über's Niveau der specialistischen Lehrbücher erhebt, ist die breite pathologisch-anatomische Grundlage, auf der es aufgebaut ist. Weit davon entfernt, nur die anatomischen oder histologischen Veränderungen zu registriren und zu systematisiren, sucht es vielmehr die künstlich geschaffene Kluft zwischen der Haut- und der Gesammtpathologie zu überbrücken, — ja noch mehr! — an der Hand verschiedener nutritiver und formativer Störungen im Leben der Haut, die sich gerade auf der Haut so schön, wie in keinem anderen Organ des Körpers, *in vivo* beobachten lassen, dem Pathologen, der bis dahin nicht ohne gewisse Geringschätzung von der Dermatologie gedacht hat, einen Schlüssel für das Verständniss mancher complicirteren Vorgänge im Innern der verborgenen Organe in die Hand zu drücken.

Bei dieser keineswegs leichten Arbeit sieht sich der Verfasser mitunter genöthigt, mit mancher alten Theorie aufzuräumen und an ihre Stelle eine neue zu setzen, die mit den unmittelbar beobachteten Thatsachen besser im Einklang steht. So lässt er die Cohnheim'sche Entzündungstheorie, die sich auf die Annahme von primären Gefässveränderungen gründet, gänzlich fallen und bekennt sich rückhaltlos zur chemotactischen Lehre, die von Leber in die Pathologie eingeführt wurde. Kann er aber anders handeln, wenn er bei einfachsten Entzündungsbildern, wie Phlyctänulose der Haut z. B. keine Spur von entzündlichen Alterationen der Hautgefässe findet, während der Effect der electiven chemotactischen Wirkungen offen auf der Hand liegt! Sehr wesentlich hat sich bei ihm auch die Grenze der «infectiösen» Entzündungen in die Breite verschoben, indem die sämmtlichen Hautkatarrhe, die feuchten (Eczem u. a.) wie die trockenen (Psoriasis, verschiedene Keratosen, Lichen u. a.) in diese Gruppe hineinbezogen wurden. Sehr erschöpfende Behandlung, die in manchen wesentlichen Puncten von herrschenden Ansichten abweicht, haben progressive Ernährungsstörungen, darunter besonders maligne Neubildungen und allerlei «Stauungsgeschwülste» erfahren. Bei den regressiven Ernährungsstörungen ist besondere Aufmerksamkeit verschiedenen Degenerationszuständen der cellulären und der intercellulären Elemente der Haut zugewendet worden, was bei dem Reichthum der vom Verfasser erfundenen und in die Technik eingeführten *specifischen* Färbungsmethoden eine ausserordentlich grosse Ausbeute ergeben hat. Ganz neue Degenerationsformen konnten auf diese Weise aufgestellt werden. Manche Granulome und Infiltrate, die früher unter der Flagge kleinzelliger und epitheloider Infiltration segelten, sind als Anhäufungen von besonderen Zellformen mit schön differenzirten Plasmaleibern, also als Plasmome (Lupus vulgaris u. a.) erkannt und dementsprechend gedeutet und geordnet worden. Kurzum eine schöne Fülle pathologischen Materials das für jeden Arzt, dem es wirklich um wissenschaftliche Erkenntniss der Krankheiten und ihrer Producte ankommt, grosses Interesse bieten muss, ist in diesem gründlichen und bahnbrechenden Werke zusammengetragen.

Es ist hier nicht der Ort, auf Details einzugehen, da es uns weit über die Grenzen eines für eine medicinische Wochenschrift zulässigen Referates hinausführen, müsste, — wir beschränken uns einfach auf die Aeusserung, die wir mit voller Ueberzeugung aussprechen, — dass dieses Buch jedem, dem es mit dem Studium der Pathologie Ernst ist, nicht genug empfohlen werden kann und dass es seinem ganzen Charakter nach wohl berufen ist, ein unentbehrliches Hülfs- und Nachschlagebuch für alle zu werden, die sich nicht allein mit der Dermatologie, sondern auch mit der Pathologie im allgemeinen beschäftigen.

Dr. med. et. phil. Arnold Sack (Heidelberg)

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 7. März 1894.

1. Dr. Schmitz: Ein Fall von Perforationsperitonitis bei einem 3-jährigen Kinde, welches vor 8 Tagen in's Oldenburg'sche Kinderhospital eingetreten. Dasselbe war im Januar d. J. mit Fieber und Leibschmerzen, jedoch ohne Durchfall, erkrankt. In der Folgezeit war das Fieber etwas zurückgegangen. Bei der Aufnahme war das Kind sehr elend und stark abgemagert, die Haut vollständig welk. Der Unterleib beträchtlich angeschwellt. Zwischen Nabel und Spina ilei rechts fühlte man deutlich einen Defect in den Bauchwandungen. Am Nabel selbst bestand eine leichte Schwellung und mässige Röthung der Haut. Ref. stellte die Diagnose auf Perforationsperitonitis.

Bei der Eröffnung des Leibes stürzte Koth in reichlichen Mengen entgegen. Die Perforation, welche rechts gesucht wurde, liess sich anfangs nicht finden, da die Darmschlingen stark mit einander zu einem Convolut verklebt, zum Theil sogar verwachsen waren. Schliesslich fand sich in der linken Bauchhälfte eine 4 Ctm. lange, klaffende Perforation des Dünndarmes, welche vollständig den Eindruck machte, als ob sie von aussen nach innen stattgefunden hatte. Die Bauchhöhle wurde tamponirt, die perforirte Darmschlinge resecirt und der Darm circulär vereinigt. Da keine allgemeine Peritonitis vorzuliegen schien, wurde nach gründlicher Reinigung und Desinfection der Bauchhöhle die Schnittwunde des Unterleibes durch Nähte geschlossen. Das Kind starb jedoch nach wenigen Tagen. Bei der Section ergab es sich, dass sämmtliche Darmschlingen in ein Convolut verbacken waren, und fanden sich im kleinen Becken ausserdem noch flüssige Exsudatmassen mit Darminhalt untermengt vor. Ref. ist der Ansicht, dass die Anlegung eines Anus praeternaturalis in diesem Falle kaum mehr Aussicht auf einen günstigen Erfolg geboten hätte.

2. Dr. Masing: Fall von Hirnerweichung im rechten Hirnschenkel, bei Lebzeiten diagnosticirt und durch die Section von Dr. Westphalen bestätigt. (Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt).

3. Dr. Petersen berichtet über einen Fall von Favus bei einem $^1/_2$ jährigen Kinde, während man sonst erst bei älteren Kindern zwischen dem 15. und 16. Jahre den Favus zu sehen bekommt. An zwei Stellen des behaarten Kopfes fanden sich erkrankte Partien von der Grösse eines silbernen 10-Kopekenstückes, eine dritte Stelle war bedeutend grösser. Als Ref. von einer erkrankten Stelle behufs mikroskopischer Untersuchung mit dem scharfen Löffel etwas abkratzte, sah er dabei unter den Krusten eine schöne glatte Haut. Infolge dessen entfernte er von allen kranken Theilen den Schorf vollständig und legte einen Verband mit Europhen an. Die Heilung erfolgte in 10 Tagen anstandslos. Bei vorgeschritteneren Fällen wendet Ref. eine Kappe aus Emplastrum cinereum an. Dieselbe wirkt wie eine Compresse échauffante, die Borken lösen sich gut ab und darauf werden die erkrankten Partien mit Tinctura Jodi oder Pyoktanin behandelt.

Die frühere Methode des Expilirens der Haare hat Ref. vollständig verlassen, weil sie für den Arzt zu zeitraubend ist und vom Pflegepersonal nicht sorgfältig genug ausgeführt wird, so dass schon neue Stellen erkranken, bevor man mit dem Expiliren der früher erkrankten zu Ende ist.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

579 Sitzung am 15. November 1894.
Vorsitzender Herr Moritz.

1. Herr Horn demonstrirt Abbildungen aus einer Arbeit Wolff's, welche den glänzenden Erfolg der unblutigen Behandlung des Klumpfusses illustriren.

2. Herr Anders bespricht die nicht operativen Behandlungsmethoden der Coxitis und demonstrirt zahlreiche dabei zur Verwendung kommende Schienen und immobilisirende Apparate.

Indem überall die Indicationen für das operative Verfahren bei tuberculöser Coxitis auf das äusserste eingeschränkt werden, hat die mechanisch-technische Behandlung eine dementsprechende breitere Basis gewonnen. Letztere Behandlung hat dreien Anforderungen zu genügen: der Ruhigstellung und Entlastung des Gelenkes, der Schmerzstillung und der Anweisung einer zweckentsprechenden Stellung. In diesem Sinne ist vor allen Dingen der Forderung Lorenz' Genüge zu leisten, nach welcher jede Schiene oder jeder anzuwendende Apparat so genau passen soll, dass die Lichtung desselben das Negativ des zu fixirenden Gliedabschnittes darstellt. Wir benutzen deshalb am besten entweder rasch härtende, leicht formbare Materialien oder arbeiten auf genauen Modellen. Im Gegensatz zu den polyarthritischen, rheumatischen und infectiösen Coxitiden, welche oft wirkliche Ankylosen zur Folge haben, handelt es sich bei der tuberculösen Coxitis meist um straffe pseudarthrotische Verwachsungen und tritt die Contractur der Weichtheile in den Vordergrund. Dieses weist auf die Möglichkeit hin auch in etwas späterem Stadium eine passende Stellung der Hüfte zu erzielen, besonders wenn wir die Lorenz'schen Weichtheildurchschneidungen zu Hülfe nehmen. A. bespricht die Haupttypen der perversen Stellungen der Hüfte und hebt die Adductions- und Flexionsstellung mit Rotation nach innen als die häufigste hervor. Auch ist die Tendenz aus anderen Stellungen schliesslich in die Adductionsstellung überzugehn charakteristisch für die tuberculöse Coxitis. Bei reiner Flexionscontractur führt der Pat. eine Neigung des Beckens und Lordose der Wirbelsäule aus, um das Bein auf den Boden zu stellen. Bei reiner Abductionsstellung dreht er das Becken um eine sagittale Axe nach der kranken Seite tiefer und biegt die Wirbelsäule nach der kranken Seite scoliotisch aus. Bei reiner Adductionsstellung muss der Pat. um gehen zu können die Beckenhälfte der kranken Seite erheben und dementsprechend die Wirbelsäule nach der gesunden Seite scoliotisch ausbiegen. Man verfährt darum am rationellsten, wenn man dem Pat. so früh als thunlich eine leichte Abductions- und Flexionsstellung anweist. Hierbei findet durch Beckensenkung Ausgleich einer reellen Verkürzung des Gliedes statt, und kann der Schenkelkopf durch festere Fixation eher vor einer Luxation bewahrt werden. Endlich ermöglicht man den Pat. durch die leichte Flexion das Sitzen. A. demonstrirt eine Reihe abnehmbarer Schienen und Apparate theils nach eigenem Muster, theils nach der Methode von Braatz angefertigt. Sie gehen alle im Wesentlichen auf die Erreichung der oben genannten Ziele aus. Unter anderen demonstrirt A. abnehmbare Schienenapparate aus Filz, die nach Haynet an der gesunden Seite der Coxa höher hinauf reichen und so das Zurückgehen in die Adductionsstellung verhindern. Als Vorzug der Gypstricotschienen nach Braatz ist die grosse Plasticität hervorzuheben. Eine stellbare Filzschiene nach eigenem Muster ermöglicht A. den allmählichen Ausgleich perverser Stellungen.

3. Herr Hackel berichtet über einen Fall von Säuferleber bei einem 8-jährigen Mädchen. Dasselbe stammt von gesunden Eltern. Die Amme und spätere Wärterin des Kindes war Säuferin und hatte dem Kinde Alcohol zugeführt. Bis zum 5 Jahr war ausser Obstipation nichts Pathologisches zu bemerken, dann traten Schmerzen im Unterleib und den unteren Extremitäten auf. Die Diagnose «Säuferleber» wurde von Prof. Kussmaul gestellt. Damals war weder Gelbfärbung der Haut noch Schwellung des Abdomen zu bemerken. Vortragender wurde vor 3 Wochen consultirt und constatirte folgende Abweichungen von der Norm: Stampfender Gang mit Schleudern der Füsse, fast erloschene Patellarreflexe, Anaesthesie der unteren Extremitäten, fehlende Hautreflexe, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Die Leber ist vergrössert ragt bis 3 Querfingerbreit unter dem Rippenbogen hervor, ihre Oberfläche ist glatt. Ebenso ist die Milz palpatorisch vergrössert. Kein Ikterus. Faeces hell gefärbt. Auf Grund des Untersuchungsbefundes stellte Vortragender die Diagnose Pseudotabes oder Neuritis alcoholica. Es liegt nahe an Veränderungen in der Leber infolge des Alcoholgenusses zu denken. Vortragender motivirt seine Diagnose «Säuferleber» genauer und bespricht dabei die Differentialdiagnose gegenüber den Formen der Lebercirrhose.

Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Der Ober-Militär-Medicinalinspector der Armee, Geheimrath Dr. Remmert hat sich in's Ausland begeben.

— Wie die «Nowoje Wremja» erfährt, ist der Regierungscommissar der kaukasischen Bäder, Ehrenleibmedicus Dr. J. Bertenson, hierselbst ernstlich erkrankt.

— Als Nachfolger des Professors, Fürsten Dr. Tarchan-Mourawow im Amte des gelehrten Secretairs der militär-medicinischen Academie wird der Professor der therapeutischen Hospitalklinik, Dr. Th. Pasternazki, genannt.

— Dem Professor der Anatomie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Tarenezki wurden am 9. Januar anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums Glückwunschadressen von den Professoren, Aerzten und Studenten, ferner von der russischen chirurgischen Pirogow-Gesellschaft und der bei der Academie im vorigen Jahre gegründeten anthropologischen Gesellschaft, deren Präsident der Jubilar ist, überreicht. Von mehreren medicinischen Vereinen, wie dem hiesigen Russischen und dem Kasanschen, wurden ihm Ehrenmitgliedsdiplome übersandt. Am 15. Januar wird von den Collegen zu Ehren des Jubilars ein Diner veranstaltet werden.

— Im Februar-Monat d. J. begeht der bekannte Physiologe Prof. Dr. M. Setschenow in Moskau, das 35-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen Thätigkeit.

— Wie der «Wratsch» der Zeitschrift «Shisn i Iskustwo» entnimmt, haben sich als Candidaten für den neucreirten Lehrstuhl der Infectionskrankheiten an der militär-medicinischen Academie Prof. W. W. Podwyssozki aus Kiew (vorgeschlagen von Prof. W. M. Tarnowski), die Privatdocenten der mil.-med. Academie S. S. Botkin, Th. K. Geissler, J. F. Raptschewski und N. J. Tschistowitsch, sowie die DDr. A. J. Wiltschur, N. F. Gamaleja, L. L. Heydenreich und P. F. Petermann gemeldet.

— Das Kaiserliche Institut für Experimentalmedicin macht bekannt, dass es von dem ihm zur Verfügung stehenden Vorrath an Antidiphtherieserum, welches von der Firma Meister, Lucius und Brüning in Höchst hergestellt ist, an Regierungs- und Communal-Institutionen, und ebenso, auf Verordnung von Aerzten, auch an Privatleute zum Selbstkostenpreise ablässt und zwar: Fläschen № I (600 Antitoxineinheiten) zu 3 Rbl., Fläschen № II (1000 Antitoxineinheiten) zu 5 Rbl. 50 Kop., Fläschen № III (1500 Einheiten) zu 8 Rbl. Mit den Gesuchen um Ablass des Serums hat man sich an den Director des Instituts (Аптекарскій островъ, Лопухинская улица, № 12) zu wenden.

— Wiederum haben zwei unserer Landsleute, beide ehemalige Jünger der alten Dorpater Universität, neuerdings in Deutschland eine ehrenvolle Anerkennung ihrer wissenschaftlichen Leistungen gefunden. Dr. Otto v. Buengner, aus Riga gebürtig, ist zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Marburg ernannt worden. B. hat seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1877—1884 studirte und nach Erlangung der Doctorwürde als Assistent Prof. v. Wahl's an der chirurgischen Klinik fungirte. Im Jahre 1885 siedelte er nach Deutschland über, setzte seine Studien in Berlin und Halle fort, absolvirte 1876 das Staatsexamen in Marburg, war dann Assistenzarzt R. Volkmann's in Halle und habilitirte sich 1890 als Privatdocent für Chirurgie in Marburg. — Unserem Landsmann Dr. Alexander Keilmann, ehemaligem Assistenten Prof. Küstner's an der Dorpater Frauenklinik, ist, wie die «N. Dörpt. Ztg.» erfährt, ebenfalls eine ehrenvolle Anerkennung seiner wissenschaftlichen Leistungen und Arbeiten zu Theil geworden, indem ihm die Approbation als Arzt für das Gebiet des deutschen Reiches ertheilt worden ist, ohne dass von ihm die Ablegung des deutschen Staatsexamens gefordert worden ist. Dr. Keilmann folgte etwa vor einem Jahre Prof. Küstner nach Breslau, wo er gegenwärtig als sein Assistenzarzt an der dortigen Universitäts-Frauenklinik fungirt und sich zugleich mit umfassenderen wissenschaftlichen Arbeiten beschäftigt.

— Befördert: Der Oberarzt des Ssuramschen örtlichen Militärlazareths Stahlberg zum wirklichen Staatsrath unter Verabschiedung mit Uniform.

— Verstorben: 1) Am 28. December v. J. in St. Petersburg der jüngere Arzt des Ufaschen Infanterie Regiments Theodor Alexis Westberg im 29. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Sohn des hiesigen Apothekers M. Westberg und hatte erst vor 2 Jahren den Cursus an der militär-medicinischen Academie absolvirt. 2) In Moskau am 31. December v. J. der dortige Sanitätsarzt W. A. Budsko im 37. Lebensjahre am Schlage. 3) Am 24. December v. J. in Odessa die Aerztin Barbara Ssorokina, geb. Rybalkina im Alter von 40 Jahren an Phthisis. Die Verstorbene hatte ihre medicinische Ausbildung in den früheren weiblichen medicinischen Cursen erhalten und war früher in St. Petersburg am Marienhospital und dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg und dann mehrere Jahre in Riga als Aerztin thätig. 4) Am 1. (1..) Januar in Marburg der Director des dortigen physiologischen Instituts, Prof. Dr. Ed. Külz, im 50. Lebensjahre. Im Anfang seiner medicinischen Laufbahn war K. als Kliniker thätig und beschäftigte sich auch später neben seinen physiologischen Studien praktisch mit der Behandlung von Diabetikern.

— Professor Behring, welcher vor Kurzem Paris besuchte, war dort der Gegenstand ausserordentlicher Auszeichnungen, wofür vor Allen Prof. Roux gesorgt hat. Pasteur hat B. an seinem Krankenlager empfangen. Auch die dortige Presse zollt Behring die grösste Anerkennung. Der «Jour» verlangt sogar für Behring die Verleihung einer goldenen Ehrenmedaille durch den Pariser Gemeinderath, der eine solche Stanley, Nordenskjöld und anderen um die Menschheit verdienten Forschern und Gelehrten verliehen hat. Man spricht sogar, dass auf Dr. Roux's Veranlassung Behring und Löffler für ihre Verdienste um die Diphtherie den Orden der Ehrenlegion erhalten sollen.

— Das Missverständniss zwischen medicinisch-literarischer Production und Nachfrage wird recht grell durch die uns zugegangene Mittheilung illustrirt, dass der bekannte, ausgezeichnet redigirte «Index Medicus» aus Mangel an Abonnenten mit der Februarnummer aufhören soll zu erscheinen. Um seine Weiterexistenz zu ermöglichen, sind, wie Dr. Hare, Philadelphia, uns mittheilt, wenigstens 500 neue Abonnenten erforderlich. Wir möchten hiermit zum Abonnement des sehr verdienstvollen Werkes anregen und damit unsern Theil dazu beitragen, dass die fernere Herausgabe desselben vielleicht doch noch möglich wird.

— In Berlin (Friedrichstrasse 108) ist ein vielversprechendes Actienunternehmen - das «Medicinische Waarenhaus» eröffnet worden. Es ist kein rein commercielles Unternehmen, das durch besonders niedrige Preise und andre Geschäftskniffe andern Kaufmannsfirmen Concurrenz machen will, sondern es will den Schwerpunkt seiner Thätigkeit in die «Centralisation aller medicinischen Gebrauchsartikel in bester Beschaffenheit» verlegen. Die Namen der an der Gründung betheiligten und im Ausschuss befindlichen Persönlichkeiten bieten die beste Garantie für die Solidität des Unternehmens. Der uns zugegangene Catalog, den wir Interessenten gern zur Verfügung stellen, zeugt von der grossartigen Reichhaltigkeit des Waarenlagers, das in der That wohl Alles enthält, was ein Arzt an speciellen Gebrauchsgegenständen nöthig haben könnte. Die einzelnen Abtheilungen stehen unter ständiger Controlle von sachverständigen Aerzten; da auch der Export im Programm der Gesellschaft steht, werden wohl auch hiesige Aerzte, Hospitäler etc. mit beiderseitigem Vortheil sich als Käufer an dem Unternehmen betheiligen.

— Von der Universität Jurjew (Dorpat) sind im verflossenen Jahre im Ganzen 531 Personen academische und medicinische gelehrte Würden und Grade zuerkannt worden, davon allein in der medicinischen Facultät 403 Personen und zwar: die Würde eines Kreisarztes 14 Personen der Doctorgrad 54, der Arztgrad 130, der Grad eines Magisters der Pharmacie 2, der Grad eines Provisors 78, die Würde eines Dentisten 39, der Grad eines Apothekergehülfen 75 und die Würde einer Hebamme 11 Personen.

— Der bekannte Pathologe Dr. Edwin Klebs, früher Professor der pathologischen Anatomie in Prag, Würzburg und Zürich, hat, wie verlautet, einen Ruf nach Asheville in Nord-Karolina (Vereinigte Staaten) erhalten, um dort die Leitung einer Heilanstalt und eines Laboratoriums zur Gewinnung bakteriologischer Heilstoffe zu übernehmen. Prof. Klebs beschäftigt sich seit mehreren Jahren in Karlsruhe in seinem Privatinstitut für Pathologie und Bakteriologie ausschliesslich mit Untersuchungen über die Stoffwechselproducte der Bakterien und deren Verwerthung zu Heilzwecken.

— Das Wiener Professoren-Collegium hat den Beschluss gefasst, dem Kliniker Skoda ein Denkmal zu errichten, welches mit demjenigen Rokitansky's gleichzeitig enthüllt werden soll. Zur Herstellung eines Denkmals für Th. Billroth haben sich die Erben desselben erboten. (A. m. C. Ztg.)

— Für das Charcot-Denkmal in Paris sind bereits 35,000 Frcs. gesammelt worden.

— Zur Diphtherieserum-Gewinnung stehen Prof. Roux im Pasteur'schen Institut bereits 140 Pferde zur Verfügung so dass in nächster Zeit ganz Frankreich genügend mit Serum versehen werden kann.

— Die Redaction der «Deutschen medicinischen Wochenschrift» (Prof. Eulenburg und Dr. Schwalbe) veranstaltet eine Sammelforschung über Diphtherie mit besonderer Rücksicht auf die Ergebnisse der Heilserumbehandlung. Zu diesem Behuf wird diese Redaction demnächst Zählkarten mit den Fragen versenden, welche für die Diphtherie und ihre Behandlung wichtig sind. An der Zusammenstellung der Karten haben sich Prof. Behring (Halle), sowie viele Berliner Specialisten, wie die Proff. Leyden, Ehrlich, Heubner, Litten und And. betheiligt. Eine derartige Sammelforschung wird bereits in England von der Redaction des «British Medical Journal» veranstaltet.

— Nach den «Medical News» ist in America die Ueberproduction auf sämmtlichen medicinischen Gebieten eine enorme. Man zählt dort jetzt 200—300 medicinische Zeitschriften und über 100 medicinische Schulen (Colleges). Dem entsprechend ist die Zahl der Aerzte in den letzten Jahren progressiv gestiegen, so dass schon auf 600 Einwohner 1 Arzt kommt. Vergleichen wir Amerika in dieser Beziehung mit Deutschland und Russland, so kommt in Deutschland gegenwärtig auf ca. 2220 Einwohner 1 Arzt, im europäischen Russland auf ca. 9000 Einwohner und in Sibirien auf 22200 Einwohner 1 Arzt. — Im deutschen Reiche ist die Zahl der Aerzte in dem Zeitraume 1887—1893 von 16864 auf 21621, also um 32,2 pCt. gestiegen, während die Zunahme der Bevölkerung im gleichen Zeitraum nur 10 pCt. betrug.

— Die Zahl der Apotheken in St. Peterburg ist nach den von der Stadthauptmannschaft gesammelten Daten seit dem Jahre 1884 unverändert geblieben. Es existiren hierselbst 61 Normalapotheken mit 3 Filialen (darunter eine Filiale im Forstcorps). Dazu kommen noch die Apotheke im Findelhause mit freiem Ablass der Arzneien und 3 homöopathische Apotheken. In diesen Apotheken waren im Jahre 1893 beschäftigt 8 Magister der Pharmacie, 146 Provisoren, 200 Apothekergehülfen und 76 Lehrlinge, was ein Gesammtpersonal von 450 Pharmaceuten ausmacht. Die Anzahl der Receptnummern in sämmtlichen Normal-Apotheken betrug 1,910,509

und die Gesammteinnahme derselben belief sich auf 1,493,777 R., wobei der Handverkauf mitgerechnet ist.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 31. December 1894. 6398 (137 mehr als in der Vorwoche), darunter 206 Typhus — (12 mehr), 702 Syphilis — (25 mehr), 137 Scharlach (9 mehr), 40 Diphtherie — (5 mehr), 16 Masern (5 mehr) und 16 Pocken (3 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. Januar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
333	288	621	126	37	113	15	11	13	38	51	65	52	55	33	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 4, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 5, Scharlach 23, Diphtherie 23, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 54, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 17. Januar 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23. Januar 1895.

Wir verweisen die Leser ergebenst auf den dieser Nummer beigelegten Prospect, betr. «Realencyclopaedie der ges. Heilkunde».

Дозв. ценз. Спб. 14 Января 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, 21. Januar (2. Februar) **1895**

Inhalt: E. Masing: Zur Casuistik der diffusen Osteomalacie. — **Referate:** W. Raiford: Bruchreposition unter Hydrotherapie. — J. Grósz: Ueber Purpura im Kindesalter. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** R. Kobert: Compendium der praktischen Toxikologie zum Gebrauche für praktische Aerzte und Studirende. — Anton Bum und M. T. Schnirer: Diagnostisches Lexicon für praktische Aerzte. — **Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar. Erste Sitzung.** — **Vermischtes.** — **Vacanzen.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Zur Casuistik der diffusen Osteomalacie.

Von

Dr. E. Masing.

Am 12. April 1892 starb das 63-jährige Fräulein Caroline H. Eine croupöse Pneumonie beendete endlich ein jahrelanges, qualvolles Leiden, dessen Diagnose während des Lebens bis zuletzt geschwankt hatte. Seit dem April 1887 war die Kranke in meiner Behandlung. Ich hatte im ersten Jahre durchaus keinen Grund, einen so schweren Verlauf zu vermuthen. Daher ist die Beobachtung anfangs flüchtig. Vieles konnte aber auch später noch sicher nachgeholt werden.

Anamnese. Der Vater starb 50 Jahre alt an Rheumatismus und Wassersucht, die Mutter 48 Jahre alt an Wassersucht. Niemals in der Familie ein Fall von Tuberculose. Pat. hatte 4 Schwestern und 2 Brüder, die alle todt sind. Beide Brüder hatten die Gicht und starben 70 und 65 Jahre alt an Apoplexie (beide kannte ich: hochgradige Arthritis deformans, dann apoplectische Insulte mit Hemiplegie). Eine Schwester starb an Tabes dorsalis nach Trauma, eine an Nieren- und Gallensteinen und zwei an hochgradiger Arthritis deformans und Vitium cordis.

Als Kind hatte Pat. mehrere Mal Bräune und «schweres Wachsthum», d. h. Schmerzen besonders in den Beinen, die zuweilen plötzlich so stark wurden, dass sie keinen Schritt gehen konnte. Als 6-jähriges Kind hatte sie sich in einem Magazin hingesetzt, während die Mutter den Einkauf besorgte, und als sie nach Hause gehen sollte, konnte sie nicht aufstehen, sie musste nach Hause getragen werden. Später Bleichsucht und viel «Magenkrämpfe». Menses sehr spät eingetreten und bis zum 32. Jahre immer unregelmässig und schmerzhaft. Dann wurden sie reichlich und regelmässig, blieben aber schmerzhaft. Mehrere mal Lungen-Brustfellentzündungen bis zum Aufgegebensein. Doch erfolgte vollständige Heilung, aber sehr langsam. Später konnte sie viel gehen, aber das Stehen und Treppensteigen rief sehr bald Schmerzen im Kreuz und in den Füssen hervor; ebenso traten Schmerzen im oberen Theile des Rückens auf, wenn sie etwas Schweres in der Hand trug. Mehrere Mal gefallen, aber nie erheblich. Vor 10 Jahren angeblich eine Gehirnentzündung (40—41,0 Temperatur, viel Kopfschmerzen aber immer bei Besinnung); seitdem sehr leicht Congestionen zum Kopfe.

Vom 16.—50. Lebensjahre war sie Lehrerin und hat alle Plagen dieses Standes in reichem Maasse genossen. Eigentlich hatte sie nie Ruhe. Auch sonst viel Kummer erlebt. Vom 50.

Jahre ab bis jetzt war sie hauptsächlich mit der Pflege ihrer kranken Schwestern beschäftigt. Auch dabei oft Verletzendes erlebt. Zeitweilig fühlte sie sich dann so entkräftet, dass sie Schwindel, Ohnmachten und Erbrechen (angeblich zuweilen von schwarzen Massen) bekam. Sprechen, Lesen, Handarbeiten konnte sie nur kurze Zeit leisten, sonst begannen regelmässig Kopf- und Rückenschmerzen. Da dabei das Gesicht sich stark röthete, trank sie auf ärztlichen Rath mehrere Sommer nach einander reichlich Marienbader Wasser. Davon leitet sie nun einen hartnäckigen Durchfall her, der vor jetzt 3 Jahren begann und der verschiedenen Behandlungen getrotzt hat. Dieses Darmcatarrhs wegen wandte sie sich nun im Frühling 1887 an mich.

Der Status praesens damals: Allgemeine Entkräftung. Zunge trocken. Neigung zu Erbrechen. Tympanitisch aufgetriebener Leib, der überall etwas druckempfindlich ist. Leber, Milz normal. Sehr zahlreiche flüssige Stühle Tag und Nacht. Kein Fieber. Herz und Lungen ganz gesund. Sensorium frei. Gedächtniss vorzüglich. Psychische Depression, aber ohne den Charakter der Hysterie. Die schweren Lebensschicksale werden auf Befragen erwähnt, aber sie verweilt nicht bei denselben. Auf Wangen und Nase sehr zahlreiche Acnepusteln. Ausserdem aber überzieht bei längerem Sprechen eine immer intensiver werdende Röthe die Haut des Gesichtes und Halses mit dem subjectiven Gefühl der Hitze und sich steigernder Kopfschmerzen. Der Urin wurde damals nicht untersucht, erwies sich später als frei von Eiweiss und Zucker.

Da alles Uebliche schon vergeblich gegen den Darmcatarrh angewandt war, verordnete ich eine Milchkur, die nach 6 wöchentlicher Dauer wirklich dauernden Erfolg hatte. Die Diarrhoen blieben weg und kamen später im Laufe der Jahre ab und zu wieder, um bald (mit oder ohne Milchkur) wieder aufzuhören. Dabei hoben sich die Kräfte. Pat. fuhr gern aus und machte sich im Hause zu schaffen. Lesen, Schreiben, Handarbeiten etc. aber blieben nur immer auf kurze Zeit ausführbar. An den Händen und Füssen waren keine Spuren von gichtischen Veränderungen. Nach dem Aufhören der Diarrhoen begannen aber im Herbst 1887 Schmerzen, zuerst an der Innenfläche des rechten Oberschenkels, aber nicht mit dem Charakter der Neuralgie oder Neuritis. Allmählich entwickelte sich folgendes Bild in Bezug auf die Schmerzen: In der Ruhe existirten sie nicht. Sobald sie aber aufstand, traten brennende Schmerzen im rechten Oberschenkel auf, so dass sie einige Zeit stehen musste, ehe sie zu gehen anfing. Dann konnte sie gehen, aber sehr langsam die Füsse vorwärtsschiebend. Eine brüskere Bewegung rief wieder starke Schmerzen hervor. In eine Equipage und aus derselben steigen wurde allmählich ohne Hülfe unmöglich. Im Laufe des Jahres 1888 traten ganz allmählich ganz ähnliche Schmerzen im linken Bein auf, dann im Rücken, in der Brust, und Vertaubungen in den Armen. Die Schmerzen waren aber inconstant an Intensität und Extensität. Bald war der Rücken freier, dann die Beine, bald konnte sie leidlich gut gehen, bald so wenig, dass sie hinfiel, wenn sie trotz Schmerzen Schritte zu machen suchte. Aeusserlich sah man den schmerzenden Theilen nichts an, leises Berühren der Haut war selten unangenehm, stärkerer Druck auch nicht immer gleich schmerzhaft. Einige Tage wurde ein Punkt am Beine oder Rücken als der schlimmste angegeben, dann war es ein anderer. Ich finde in meinen Notizen nirgends einen Hinweis, dass ich speciell die Knochen auf Druckempfindlichkeit geprüft hätte, aber schwerlich sind sie damals gegen Fingerdruck empfindlich gewesen, es wäre der Kranken und mir aufgefallen, dass an Stellen, wo der Knochen oberflächlicher lag, der Druck schmerzhafter war als anders wo. Nirgends Paresen (im Liegen wurden die Beine gut bewegt, Kraft vollkommen erhalten), nirgends Ataxien, Sehnenreflexe erhalten, aber auch nicht erhöht, Blase und Mastdarm normal, Sinnesorgane ebenso, und die Ernährung hielt sich bei guter Verdauung au niveau; nirgends Anästhesien. Angewandt wurde Vielerlei: Bäder (mit und ohne Zusätze), Jod innerlich und äusserlich, points de feu längs der Wirbelsäule, narkotische Einreibungen. Alles half für einige Zeit, für Wochen — dann wurde es als wirkungslos bezeichnet.

Dieses Wechselnde, diese schon $1^1/_2$jährige Dauer, ohne dass es zu greifbaren, bekannten Krankheitszuständen gekommen wäre, der Umstand, dass sie doch leisten konnte, woran ihr sehr viel lag (Sonntags der Kirchenbesuch bei jedem Wind und Wetter) liessen mich zur Ueberzeugung kommen, dass es eine Neurose ohne gröbere anatomische Läsion sei, Hysterie (?) — wenn auch die Stigmata derselben nicht nachzuweisen waren. Dementsprechend behandelte ich sie mit Nervinis und Ableitungen und wunderte mich nicht, dass in diesem Alter und bei den unverändert unerfreulichen äusseren Umständen, keine Besserung eintrat.

Die Jahre 1889 und 1890 brachten keine wesentlichen Veränderungen, nur dass ganz allmählich der Zustand immer schwerer wurde. Sensorium blieb ganz frei; Intelligenz und Gedächtniss scharf. Sinne intact. Nirgends Lähmungen, nirgends Anaesthesien, Atrophien oder Ataxien. Blase und Mastdarm normal. Sehnenreflexe erhalten. Ernährung ging gut vor sich, ja die Körperfülle nahm zu. Aber Schmerzen Tag und Nacht, bis zum Unerträglichen in allen Körpertheilen. Sie wusste nur nicht, wo die Schmerzen am stärksten waren und widersprach sich zuweilen während einer halben Stunde darin mehrere Mal. Dann war es eine Schulter, dann die beiden Seiten, dann ein Oberschenkel wo es «heute furchtbar schmerzt». Die Umgebung gab an, dass sie am wenigsten Schmerzensäusserungen thäte, wenn Keiner sich um sie kümmerte, am meisten wurde dem Arzte gegenüber geklagt. Das war wirklich so, aber auch ganz begründet durch das Leiden. Wenn sie, wie gewöhnlich, in der Mitte eines sehr weichen Divans, auf weichen Kissen sass, die Füsse auf einem weichen Schemel ruhend und nur ja sich nirgends mit dem Körper, Kopf oder Armen anstützte — so war sie wirklich recht frei von Schmerzen. Dabei durfte sie nicht ein Buch halten oder eine Handarbeit, das vertrugen die Arme nicht, aber auch schon das Begrüssen mit Jemandem, wobei der Kopf zu erheben und zu sprechen war, das Essen und jede ärztliche Untersuchung riefen in den bewegten oder berührten Körpertheilen lebhafte Schmerzen hervor, sie schrie auf, wenn sich Jemand plötzlich neben sie auf das weich federnde Sopha setzte, wobei sie rasch ihren Rücken balanciren musste. In der Ecke des Divans sitzen und sich dort anlehnen oder im Bette liegen und den Kopf aufs Kissen stützen, konnte sie nur wenn die Ermüdung zu gross war und sie trotz Schmerzen etwas schlief. Ohne Narkotica dauerte dieser Schlaf wohl nicht länger als $1^1/_2$—2 Stunden. Dann war «das Erwachen schrecklich, die Schmerzen furchtbar» bis sie wieder in der geschilderten Stellung eine Zeitlang gesessen hatte, dann beruhigten sich die Schmerzen. Es war klar, Pat. vertrug auf keine Weise irgend einen Druck auf irgend einen Körpertheil, am wenigsten auf Kopf und Rücken. In der Rückenlage (oder wenn man sie in aufrechter Stellung gut unter den Achseln stützte) bewegte sie die Beine sehr gut. Sie hätte gehen können, wenn der Körper nicht dabei die Beine belastet hätte. Sie hätte liegen können, wenn Kopf und Rücken dabei schwebend hätten erhalten sein können etc. In der geschilderten, bevorzugten sitzenden Stellung wurden nur die Hinterflächen der Oberschenkel und die Fusssohlen gedrückt und das wurde bei sehr weichen Unterlagen ertragen. Die Haut war nicht der Sitz der Schmerzen. Hyperästhesie gegen leichtes Streichen etc. war nicht. Die Haut war nie verfärbt oder von abnormer Temperatur. Nur Gesicht, Ohren und Hals wurden beim anstrengenden Sprechen intensiv roth, hier waren die vasomotorischen Nerven alterirt. Sonst an Herz und Gefässen nie was Abnormes. Die Muskeln als solche schienen nicht hyperästhetisch. War die Aufmerksamkeit der Pat. abgelenkt, so konnten Muskelpartien zwischen den Fingern etwas gedrückt werden, ohne dass es gleich sehr schmerzhaft empfunden worden wäre. Eine besondere Empfindlichkeit der Nervenstämme war nicht da. Die Knochen und Gelenke waren überall sehr druckempfindlich, aber die oberflächlicheren Theile konnten nicht krank sein, da auch nach jahrelanger Dauer nirgends erkennbare Veränderungen, Anschwellungen, Verkrümmungen, periostale Oedeme etc. da waren, und sollte man das Knochenmark beschuldigen ohne je eine Spur von Fieber, und bei völlig gleicher Schmerzhaftigkeit der grossen und kleinen Röhrenknochen, der Rippen, wie des Schädels?

Die Diagnose blieb unklar. Die Kranke litt furchtbar, aber für die schweren subjectiven Klagen liessen sich in keinem Organ und in keinem System Veränderungen finden, die als Grund der Leiden anerkannt werden konnten. Es blieb nichts übrig, als sich zu begnügen mit dem dunklen Gebiete der allgemeinen Neurosen ohne anatomische Läsionen — hier vorwiegend sich äussernd in den Schmerz vermittelnden Nerven. Das gewöhnliche Bild der Hysterie war es durchaus nicht: keine Anästhesie, keine Gesichtsfeldeinschränkungen, kein Bestreben, Mitleid zu erregen — im Gegentheil, es blieb der Patientin bis zuletzt eigen ein freundliches Interesse an nah und fern und, wenn nur irgend möglich, stilles Dulden ihrer Leiden. Ex juvantibus liess sich auf nichts schliessen — schon deshalb, weil nichts half. Von den unzähligen Mitteln, die allmählich alle angewandt wurden, thaten doch constant Kälte (Eisbeutel, Rückenkühler etc.) auf die schmerzhafte Stelle applicirt wohl, und von inneren Mitteln das Antifebrin, dass sie bis 3 Monate lang täglich zu 12 gran einnahm, ohne sich in dem Sinne daran zu gewöhnen, dass es nicht hätte entbehrt werden können.

Natürlich suchte ich bei Collegen Rath. Zunächst war Pat. vom 14. März bis 4. August 1890 im evangelischen Hospital, wo sie sich verhältnissmässig recht wohl fühlte bei täglichen warmen Bädern und häufiger Galvanisation. Aber trotz der langen Beobachtungszeit kamen auch dort die behandelnden Aerzte zu keiner gesicherten Diagnose. Am 4. December 1890 untersuchte sie Dr. Nauck mit mir. Seine Ansicht war die: Gehirn und Rückenmark jedenfalls gesund. Da so viele Familienglieder schwer gichtisch gewesen sind, so liesse sich annehmen, dass auch hier eine arthritische Diathese vorliege, die nur in den peripheren Nervenscheiden oder vielleicht Meningen des Rückenmarks geringfügige aber doch einflussreiche Ablagerungen gesetzt hätte. So lange bei der Patientin die jahrelangen profusen Diarrhoen existirten, kam es zu solchen Ab-

lagerungen nicht, wohl aber als diese gestillt waren. Offenbar mischt sich dem Bilde viel Hysterie bei, obgleich keine Stigmeta hysterica da sind. Therapie antiarthritisch. Ausdrücklich fügte Dr. Nauck hinzu, dass das keine gesicherte Diagnose sei.

Als Dr. Nauck die Pat. nach 5 Monaten wiedersah, fand er den Zustand unverändert, den Ernährungszustand nur noch besser. Die antiarthritischen Mittel hatten in keiner Form was genützt. Da er bei dieser Untersuchung eine deutlich bewegliche rechte Niere und Anaesthesie der Gaumenschleimhaut fand, schien ihm die Annahme «Hysterie» viel gesicherter. Darnach die Behandlung. Den Sommer 1891 verbrachte sie auf dem Lande im Forstcorps unter sehr günstigen äusseren Verhältnissen und hatte dort eine «gute Zeit». 2 Mal versuchte der Magnetiseur Feldmann sie in magnetischen Schlaf zu bringen; es trat aber auch nicht einmal eine Anwandlung davon ein.

Die «gute Zeit» äusserte sich in regem Appetite und guter Verdauung (sie wurde geradezu füllig dabei) besserem Schlaf in einem besonders gemachten Bette (nur keine Sprungfedermatratze, die gab plötzliche passive Bewegungen des Körpers, aber sehr viele weiche Kissen auf einer festen recht ebenen Grundlage), und der Möglichkeit, sie auf den weichen Gartenwegen in einem bequemen Rollstuhl fahren zu können.

Im Herbst in die Stadt zurückgekehrt, wurde wieder Alles schlechter, besonders aber entwickelte sich eine rasch zunehmende Verkrümmung des Rückgrats, die schon im Frühling bemerkt worden war. Ohne Scoliose war es eine nach hinten convexe Verkrümmung an den obersten Rücken- und unteren Halswirbeln, die mir als directe Folge der habituellen sitzenden Haltung mit nach vorn geneigtem Kopfe erschien. Freilich war es auffallend, dass die Verkrümmung in der «guten Zeit» im Sommer zunahm, wo Pat. sich sehr gut ernährte und viele Stunden jede Nacht im Bette lag. Ausser der Verkrümmung war im Herbst bald deutliche Atrophie der Nacken- oberen Rücken- und Schulterblattmuskeln bemerkbar. Die Muskeln der Ober- und Unterarme nahmen an der Atrophie nicht Theil, auch die Muskeln des Rumpfes und der unteren Extremitäten nicht. Sehr auffallend war aber an den M. M. pectorales majores und dem Cucullaris ein zeitweiliger Zustand von Starre der vor Weihnachten so stark wurde, dass die unteren vorspringenden Ränder der Brustmuskeln sich wie knöcherne Rippen anfühlten. Später gab sich diese Starre vollständig, aber in eigenthümlich sprungweiser Reihenfolge: Am 3. Juni 1892 waren beide Pectorales knochenhart, am 10. wurde der linke ganz schlaff, am 16. auch der rechte. Die starke Spannung des M. cucullaris hielt sich länger. Die Verkrümmung der Wirbelsäule nahm so zu, dass der Kopf förmlich auf die Brust herab hing; ihn bis zur Horizontalen zu heben, war activ sehr schwer; passiv ging es besser, aber dabei waren heftige Schmerzen vorhanden. Die Haltung des Kopfes war so, dass die Pat. nur aus einem ganz vollen Glase das obere Drittel des Inhalts trinken konnte und das Essen mit einem Löffel sehr erschwert war. Wenn sie den Kopf nicht mit der Hand unterstützt hielt, lag das Kinn dem Sternum auf. Dieser Knochen zeigte zu Weihnachten 1891 Verkrümmungen. An der Grenze von Manubrium und Corpus war eine tiefe, nach vorn offene Concavität, als ob das Kinn sich eingedrückt hätte; weiter abwärts Verkrümmung des Corpus mit der Convexität nach vorn (an der Ansatzstelle der VI. Rippe). Extremitätenknochen nicht verkrümmt. Jetzt fing auch allgemeine Abmagerung an und immer stärkere Unbehülflichkeit. In ihrer pedantischen Sauberkeit hatte sie sich bis jetzt jeden Morgen ganz umkleiden lassen, indem sie an den Rand eines festen Tisches sich mit den Händen stützend stand. Jetzt musste das wegbleiben.

Am 22. Februar 1892 untersuchte sie Dr. Mendelson. Er schloss aus der Anamnese und dem Krankheitsbilde, dass es sich um Arthritis urica der Columna vertebralis, speciell der Zwischenwirbelscheiben, jetzt auch mit Betheiligung der Knochen handele. Die Atrophie der angrenzenden Muskeln ist eine reflectorische (Charcot). Die Knickung des Brustbeins ist wohl auch kaum anders zu erklären, als dass zuvor die Synchondrosen durch Arthritis gelockert sind. Dass keine Extremitätengelenke afficirt sind, ist gar kein Gegenbeweis. Meine Annahme, dass es sich um ein der Akinesia algera verwandtes Krankheitsbild handele, wies er durchaus zurück. Ich war auch selbst schon zur Ueberzeugung gelangt, dass der Fall hier sich zu sehr von den Möbius'schen unterschied. Alkalien und Narcotica sollten angewandt und häufige chemische Urinuntersuchungen vorgenommen werden.

Eine solche von Dr. Biel ausgeführt ergab die völlige Abwesenheit irgend eines abnormen Bestandtheils. Von den normalen Harnbestandtheilen waren Phosphorsäure und Harnsäure vermehrt, die Schwefelsäure vermindert. Der Urin war neutral, bildete gar kein Sediment und war leicht (sp. G. 1010). Am I. April sah Dr. Mendelson die Kranke noch einmal. Er fand ausser der rechtwinkligen Kyphose (Spitze im letzten Hals- und ersten Brustwirbel) noch eine leichte Scoliose (Spitze V. Halswirbel) in der Halswirbelsäule convex links und sah darin noch eine Bestätigung seiner Annahme einer Arthritis urica der Zwischenwirbelscheiben. Wenn in diesen die Harnsäure nicht gleichmässig deponirt wird (an einem Rande mehr) so bilden sich die Verbiegungen der Wirbelsäule. Auch die jetzt geschwundene Starre der oben bezeichneten Muskeln war er geneigt durch Harnsäuredepots in diesen Muskeln und daher reflectorische tonische Contractur zu erklären; durch die Alkalien und Lithium seien jetzt diese Depots gelöst, daher die Lösung der Contractur.

Jetzt wurde Piperazin verordnet.

Schon am anderen Tage aber fing Patientin an zu fiebern. Es declarirte sich eine croupöse Pneumonie des rechten Unterlappens, der die durch jahrelange Leiden, Schmerzen und Schlaflosigkeit, erschöpfte Kranke am 12. April erlag.

Am anderen Tage hatte Dr. Anders die Güte einen wohlgelungenen Gypsabguss des Rückens zu machen. Alle die hochgradigen Verkrümmungen des Rückens waren an der Leiche vollständig geschwunden, wenn sie in der Rückenlage lag; traten aber sogleich wieder auf, sobald man sie aufrichtete oder in Bauchlage brachte mit über den Tischrand hängendem Kopfe. In letzterer Lage wurde der Gypsabguss ausgeführt.

Ebenso am 13. April machte Dr. Westphalen die Section. Dieselbe ergab: Hochgradige Cyanose besonders des Gesichts. Starke Kyphose der oberen Dorsal- und unteren Cervicalwirbel, Lordose des Lumbaltheils der Wirbelsäule.

Nach Entfernung der proc. spinosi wird der Dorsaltheil des Rückenmarks der Leiche entnommen. Das Periost des Wirbelkanals und der dura mater spinalis unverändert. Die pia m. spinalis zart, ihre Venen etwas stärker gefüllt. Das Rückenmark von ziemlich derber Consistenz, die Querschnittfigur makroscopisch normal aussehend vielleicht dass sich im oberen Theile des Dorsalmarkes bei deutlichem Hervortreten der grauen Säulen einige grauere Partien in den Vordersträngen und dem rechten Pyramidenseitenstrang finden (?)

Schlaffe Bauchdecken. Das Sternum in seinem mittleren Theile und die angrenzenden Theile der Rippen kahnförmig eingesunken. Die untere Thoraxpartie relativ weit. Das Epigastrium eingesunken. Unterhautfettgewebe sehr schwach entwickelt. Die Körpermuskulatur stark atrophisch, bräunlich gelb gefärbt. In der Bauchhöhle kein abnormer Inhalt. Das Peritoneum überall unverändert. Sämmtliche Mesenterien, namentlich das des Cöcum und des Colon ascendens stark verlängert. Beide Nieren, namentlich die rechte, in grosser Ausdehnung verschieblich. Der Magen nahezu vertical gestellt, der Pylorus nur schwach fixirt und nach unten verzogen, die Cardia an normaler Stelle fixirt, die grosse Curvatur nach links die kleine nach rechts gestellt. Das Diaphragma anscheinend hochgestellt.

Die Milz recht klein, die Kapsel leicht verdickt. Das Milzgewebe durchaus normal.

Beide Nieren klein. Die Kapsel zart, etwas adhärent. Die Oberfläche leicht granulirt. Nierenbecken und Nierengewebe unverändert, etwas venös hyperämisch.

Die Leber klein. Die Glissonsche Kapsel zart, unverändert. Das Lebergewebe ziemlich blutreich. Der acinöse Bau deutlichst erkennbar. Die Centra der Acini leicht verbreitert. Die Gallenblase ziemlich klein, enthält eine opake Flüssigkeit, welche durch zahlreiche feinste Crystallbeimengungen eigenthümlich glitzernd erscheint. Die Gallenblase ist in ihrer Mitte durch eine ringförmige Narbenbildung stricturirt, wobei die beiden Hälften der Gallenblase durch eine nur schmale Oeffnung mit einander communiciren. An der Ausmündungsstelle des Ductus cysticus vollständiger Verschluss des Lumens durch eingedicktes Cholestearin. Im Fundus der Blase finden sich ähnliche eingedickte Massen. Dort ist die Wandung derb bindegewebig mit flachen petrificirten Ulcerationen an der Schleimhautseite.

Die Schleimhaut des Magens leicht ecchymosirt, sonst normal. In der Schleimhaut des Darmcanals ziemlich starke Imbibitionsfärbung, sonst anscheinend normal. Pankreas, Nebennieren unverändert. Ebenso die Blase normal. Uterus und Adnexa virginal.

Brusthöhle: In beiden Pleurahöhlen sehr geringe Mengen klarer Flüssigkeit. Die Rippenknorpel nicht verkalkt. Das Sternum ganz weich, geradezu schneidbar. Das Knochenmark desselben roth. Die Rippen lassen sich bei dem leisesten Druck einknicken und biegen ohne zu brechen. Mit einem Messer lassen sich die Rippen ohne jede Anstrengung zerschneiden; auf dem Durchschnitte erscheint die Corticalis sehr schmal, das Gewebe der Marksubstanz schwammig und exquisit grauroth.

Das Herz ungefähr von normaler Grösse. Die Blätter des Pericards bindegewebig mit einander verwachsen. Der rechte Ventrikel von normaler Weite, das Epicardialfett ziemlich stark entwickelt. Das Myocard stark durch Fäulniss verändert. Herz- und Gefässklappen unverändert. In der Intima der Aorta ascend. und descend. einige sclerotische Flecke, sonst durchweg normaler Befund.

Linke Lunge frei, Pleura zart, hie und da marginales Emphysem. Die Bronchien cylindrisch erweitert mit schleimi-

gem Inhalt gefüllt, die Schleimhaut leicht hyperämisch und geschwellt. Pulmonalarterie normal. Das Lungengewebe überall lufthaltig, hyperämisch und leicht oedematös.

Die rechte Lunge nur an ihrer Spitze mit der Brustwand derb bindegewebig verwachsen. Auf dem Durchschnitte hier das Lungengewebe in der Ausdehnung einer Wallnuss ganz luftleer, von derber, schiefrig pigmentirter Beschaffenheit. Innerhalb dieser Stelle Reste von eingedickten Käsemassen und klaffende Gefäss- und Bronchialquerschnitte. Im Uebrigen die rechte Lunge etwas mehr hyperämisch und oedematös als links und im Unterlappen mehrere inselförmige grössere und kleinere Infiltrate die theils hämorrhagisch, theils grauroth gefärbt erscheinen — lobuläre Pneumonie.

Die weitere Untersuchung der Knochen zeigt an den Claviculae dasselbe Verhalten wie an den Rippen. Sie lassen sich mit der Scheere leicht schneiden. Corticalis verschmälert und Markraum stark erweitert, letzterer erfüllt mit graurothem Mark. An der Wirbelsäule erweist sich, abgesehen von den Verkrümmungen, eine recht beträchtliche Verschmälerung der Wirbelkörper des Dorsaltheils. Diese lassen sich bei Anwendung eines mässigen Druckes mit einem kräftigen Sectionsmesser mühelos durchschneiden. Auch hier hat es den Anschein, als ob die Spongiosa des Knochens rareficirt sei und die Knochenmarklücken auffallend weit seien. Ebenso erweisen Einstiche in die Knochen des Schädeldaches und des Beckens dieselben soweit erweicht, dass sie leicht mit einem spitzen Scapell durchstochen werden konnten. Die Form des Beckens nicht verändert, ebenso wenig die Form des Schädels. An der Wirbelsäule sonst keine Abnormitäten, periostale Auflagerungen, Veränderungen der Zwischenwirbelscheiben oder sonst pathologische Veränderungen.

Anatomische Diagnose. Diffuse Osteomalacie des ganzen Scelettes mit Vergrösserung der Markräume und Schwund und Verschmälerung der Knochenlamellen. Splanchnoptose. Senile Atrophie der Leber. Milz und Nieren. Chronische Cholecystitis. Venöse Hyperämie der Unterleibsorgane. Obliteration des Herzbeutels. Muthmaassliche parenchymatöse Trübung des Myocards. Substanzielles Emphysem beider Lungen mässigen Grades, chronische Bronchitis und cylindrische Bronchiectasie; chronische, fibrös indurirte Pneumonie des rechten Oberlappens mit käsigen Einschlüssen und multiple lobuläre pneumonische Herde im rechten Unterlappen. Venöse Hyperämie und Oedem beider Lungen.

Die mikroskopische Untersuchung der glitzernden Flüssigkeit aus der Gallenblase ergab: sehr zahlreiche Cholestearintafeln, Myelintropfen, Körnchenzellen und Gallenpigment.

Stücke aus den Wirbelkörpern und einer Clavicula wurden entkalkt und mikroskopisch untersucht: stark zellenreiches Knochenmark, sehr schmale Knochenlamellen.

Mehrere Knochen wurden auch ferner der Maceration unterworfen und sollten chemisch und mikroskopisch untersucht werden. Durch ein unglückliches Missverständniss hatte der Diener des pathologischen Cabinets im Alexanderhospital dieselben weggeworfen.

Dr. Mendelson theilte mir gefälligst das Resultat seiner Untersuchung des Rückenmarks mit: die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks wurde 6—8 Wochen nach der Obduction gemacht, nachdem dasselbe die ganze Zeit über in Müllerscher Flüssigkeit gelegen hatte. Der Befund war folgender: Hinter-strang, -horn und -wurzel absolut normal. Ebenso die Seitenstränge. Im Vorder-horn partielle Atrophie, Schrumpfung und Zerfall einzelner Pyramidenzellen. An der Eintrittsstelle der vorderen Wurzel (Osmiummethode) zeigt sich an manchen Stellen Zerfall und Untergang einzelner Nervenfasern. Herr Dr. Mendelson fügt hinzu: aus diesem Befunde lassen sich keine Schlüsse ziehen. Poliomyelitis ist es nicht, obwohl bei der Patientin wahrscheinlich partielle Muskelatrophien da waren. Zerfall einzelner Nervenfasern findet man sehr oft bei alten Individuen oder auch bei erschöpften jüngeren Personen (Oppenheim, Cüster) ja selbst bei ganz gesunden Menschen (Sigm. Mayer).

Die Section klärte das Dunkel dieses Krankheitsfalles auf. Diffuse Osteomalacie an allen untersuchten Knochen mittleren Grades. Der mittlere Grad ist charakterisirt durch die noch rothe Farbe des Markes, das vermehrt und noch von normaler Consistenz war. Bei weiterem Fortschritt des Leidens wird das Mark weisslich schleimig oder ganz flüssig und dann oft durch Extravasate wie Pflaumenmus gefärbt. Ferner war hier überall noch Corticalis an den Knochen vorhanden, wenn auch verdünnt und weich. Die Corticalis schwindet bekanntlich zuletzt ganz und mit ihr endlich auch das Periost.

Der eben mitgetheilte Fall trägt leider nichts bei zur Aufklärung oder Vervollständigung weder der Theorie der Osteomalacie noch der pathologischen Anatomie derselben. Da die Diagnose während des Lebens nicht richtig gestellt war, so sind die chemischen Untersuchungen der Faeces und des Urins in Bezug auf etwaige Kalkausscheidungen versäumt worden und der unglückliche Zufall mit den macerirten Knochen verhinderte deren mikroskopische und chemische Untersuchung.

Aber einen Werth hat diese Mittheilung vielleicht doch. Die Krankheitssymptome sind einheitlich an einer hochgebildeten und intelligenten Patientin von den ersten Spuren bis zum Tode beobachtet worden. Es geht aus dieser Beobachtung hervor, dass die ersten Jahre des Krankheitsverlaufs so wenig Charakteristisches haben, dass bei der Seltenheit der diffusen Osteomalacie es wirklich verzeihlich ist, wenn die richtige Diagnose unterblieb, besonders noch, da es sich um eine 60-jährige unverheirathete Dame handelte. Bekanntlich ist das Puerperium die Praedilectionszeit für Osteomalacie. Senator (Ziemssen, Pathol. und Therap. Bd. 13. I, pag. 204) sagt: «Der Beginn der Krankheit nach dem 50. Jahr gehört zu den grössten Seltenheiten». Jetzt, nach dieser Erfahrung würde ich bei ähnlichen Symptomen gewiss auch an Osteomalacie denken, und ich hoffe, dass die Leser dieser Mittheilung auch veranlasst werden, bei etwaigen Fällen von beginnender Osteomalacie eine richtige Frühdiagnose zu stellen. Freilich, als sich die Wirbelsäule und besonders das Sternum so auffallend verkrümmten, hätte die richtige Diagnose wohl sich aufdrängen müssen, aber zur Entschuldigung sei hier nochmals auf die Seltenheit hingewiesen. Als Wulff 1882 seinen Fall aus dem Obuchowhospital mittheilte (St. Pet med. Wochenschrift 1882 pag. 357) konnte er in der gesammten russischen medicinischen Literatur nur 5 Fälle auffinden, von denen 2 puerperale waren. Ob seit 1882 Fälle in Russland veröffentlicht worden sind, ist mir nicht bekannt. Jedenfalls giebt es viele sehr erfahrene und bejahrte Aerzte, die nie einen Fall von Osteomalacie im Leben gesehen haben. Wenn meine Kranke nicht an einer intercurrenten Pneumonie gestorben wäre, so hätte die Knochenerweichung noch weitere Fortschritte gemacht, die Extremitätenknochen wären biegsam geworden, dann natürlich wäre ein weiteres Verkennen unmöglich gewesen.

Im Rückblick ist aus der Anamnese die arthritische Belastung und die dauernde psychische Depression beachtenswerth. Letztere wird von den Autoren unter den Ursachen erwähnt. Ob die merkwürdigen Schmerzen in den Beinen im Kindesalter irgend im Zusammenhang stehen mit der 50 Jahre später beginnenden Knochenerweichung wäre ja kaum anzunehmen, wenn nicht während dieser 50 Jahre immer die Unmöglichkeit längere Zeit zu stehen oder irgend etwas Schweres zu tragen, bemerkt worden wäre. Gehen konnte sie ohne Beschwerden recht anhaltend. Beim Gehen findet ein beständiger Wechsel in der Belastung der einzelnen Knochen statt, beim Stehen und Lastentragen dagegen nicht. Als sich später die Krankheit entwickelte, war das prägnanteste und constanteste Symptom die Unmöglichkeit, einen dauernden Druck auf irgend einen Knochen zu ertragen. Beim Liegen musste Druck ausgeübt werden auf Knochen, die alle wenig Weichtheilbedeckung haben: Schädel, Dornfortsätze der Wirbel, Rippen, Schultern — daher war das Liegen auf den idealsten Kissen und Polstern unerträglich. Das Gesäss und die Hinterflächen der Oberschenkel sind fleischiger und die Knochen bieten beim Sitzen keine solche Flächen dem Druck dar — daher wurde das Sitzen auf weichen Unterlagen bevorzugt. Allerdings schien auch bei der Section die Erweichung der Knochen des Beckens nicht so weit gediehen zu sein, als diejenige der Wirbel und Rippen, obgleich die Krankheit gewiss an den Oberschenkelknochen begann. Dort wurde über Schmerzen und Unmöglichkeit zu gehen geklagt, als Rücken und Rippen noch nicht schmerzten. Diese Unmöglichkeit dauernden Druck auf die Knochen zu ertragen ist vielleicht pathognomonisch für Osteomalacie und würde vielleicht zu richtiger Frühdiagnose helfen, wenn noch keine abnorme Biegsamkeit der Knochen da ist.

Der Druck ruft die Schmerzen hervor, die bei allen Autoren als erstes Symptom genannt werden. Die Beobachtung an meiner Patientin macht es mir aber höchst wahrscheinlich, dass der Process der Osteomalacie an sich ganz schmerzlos vor sich geht. Nie wurde über Schmerzen in den frei herabhängenden Armen und Unterschenkeln (beim Sitzen) geklagt, aber der leichteste Druck auf die Tibien oder Armknochen veranlasste lebhaften Schmerz. Wie anders die Osteomyelitis! Nie war während der Jahre Fieber da. Ob Virchow Recht hat, die Blutüberfüllung in den Initialstadien der Osteomalacie als active Fluctionen anzusehen, ist wohl sehr zweifelhaft, gegenüber Rindfleisch (Lehrb. d. pathol. Gewebelehre, pag 541), der venöse Stauungsblutfülle annimmt und die Möglichkeit betont, dass die Kohlensäure des venösen Blutes die Lösung der Kalksalze des Knochens veranlasst.

Dieser Charakter der Schmerzen ist nicht nur in den Initialstadien so. Meine Patientin erlebte nicht die Stadien, wo die Erweichung so weit gediehen war, dass kein Glied mehr activ bewegt werden konnte, wie im Wulff'schen Falle. Aber auch Wulff sagt (pag. 361): «Ueber spontane Schmerzen klagte Pat. gar nicht, nur durch äusseren Druck wurde Empfindlichkeit hervorgerufen.» Es scheint aber, dass in diesen späten Stadien die Druckschmerzhaftigkeit abnimmt, wenn ich die Schmerzen des Wulff'schen Pat. mit der meinigen vergleiche. Oder spielt es eine Rolle, dass ersterer Soldat, und letztere ein nervöses Fräulein war?

Der Sitz der Schmerzen ist wahrscheinlich das Periost, welches in den Frühstadien meist verdickt und blutreich sein soll. In dem Wulff'schen Falle fand der Prosector Albrecht an der linken Tibia sehr instructive Verhältnisse: «Der knöcherne Schaft bis zum untersten Viertel ganz verschwunden. Nur dieses letzte Viertel hat noch beträchtlichere dünne Platten der Rindenschicht aufzuweisen. Dem entsprechend ist das Periost des oberen grösseren Theiles der Tibia ganz atrophisch nur als Grenzmembran zu den anstossenden Weichtheilen erkennbar und von diesen nur künstlich trennbar, während man am unteren Viertel noch von einem sogar verdickten Periostschlauch reden kann.»

Diese völlige Atrophie des Periosts an völlig erweichten Knochen erklärt gewiss am besten den Nachlass der Schmerzen in den letzten Stadien. Es wird ja beim Druck von aussen auf den Knochen das Periost zuerst getroffen und wenn Bewegungen bei der Patientin auch so schwere Schmerzen hervorrufen, so ist nicht zu vergessen, dass die Insertion der Sehnen am Periost stattfindet.

Ferner scheint mir charakteristisch für Osteomalacie die Fortdauer ja oft noch Verbesserung des normalen Ernährungszustandes des ganzen Körpers So qualvoll das Leiden ist, so ist es doch nur ein Gewebe von untergeordneter Bedeutung für die Erhaltung des Lebens, in welchem der Krankheitsprocess vor sich geht — die Corticalis der Knochen. Das Mark ist zunächst nicht krank, es vermehrt sich vielmehr, um erst zuletzt zu einer schleimigen Masse zu zerfliessen. Wulff's Patient war schliesslich sehr anämisch, meiner durchaus nicht, es scheint also zunächst die blutbildende Function des Knochenmarks nicht zu leiden. Die Corticalis der Knochen hat offenbar nur die Function, als Stütze zu dienen und daher konnte die Sectionsgeschichte des Wulff'schen Falles, wo dieser Stützapparat auf's Aeusserste geschwunden war, doch mit den Worten schliessen: «Todesursache nicht aufgeklärt».

Der Process der Osteomalacie scheint bei meiner Patientin unmittelbar im Anschluss an das Aufhören jahrelanger Diarrhoen begonnen zu haben, wenigstens begannen dann die charakteristischen Schmerzen. Waren diese jahrelangen Diarrhoen prädisponirend durch Erschöpfung oder hielten sie im Gegentheil den Beginn der Erkrankung auf, indem sie aus dem Körper schädliche Substanzen (Säuren?) entfernten, die nach Aufhören der Durchfälle ihr Zerstörungswerk an den Knochen begannen? Ob da ein Zusammenhang war und welcher, ist nicht zu entscheiden.

Referate.

W. Raiford: Bruchreposition unter Hydrotherapie. (Americ med. surg. Bull. vol. VI. № 8. Bl. f. klin. Hydr. 1894. № 3).

R. lässt seine Patienten die Rückenlage mit leichter Beckenhochlagerung einnehmen, die Schenkel in einem etwas mehr als rechten Winkel gebeugt. Das kalte Wasser wird sanft aber reichlich von oben aus mässiger Entfernung von einem Assistenten auf die Bruchgeschwulst und den unteren Bauch gegossen, während der Operateur die Reposition vollzieht. Eine sanfte Traction an den höchsten Stellen des Tumors mit der rechten Hand, gleichzeitig mit der Palpation den Strictur und der ersten kalten Dusche, hilft ihm, die Stelle der Constriction mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand zu finden. Ist der einschnürende Ring gefunden, so werden die Finger vorsichtig mit einem leichten Zug nach oben eingeführt, während der Tumor erst etwas gehoben, mit der rechten Hand reponirt und die kalte Dusche unausgesetzt applicirt wird. Narcose wendet R. nur in Ausnahmsfällen an, weil in 90 pCt, der Fälle von eingeklemmten Brüchen, die Reposition in kürzerer Zeit vollzogen ist als man zur Anästhesirung bedarf. (Ref. hat in allen Fällen, wo die Zeit es erlaubte eine Eiscompresse, d. h. kalte Wassercompresse mit einem Eisbeutel bedeckt, auf die Geschwulst gelegt. Nach einer halben bis einigen Stunden gelingt die Reposition dann meistens spielend).

(Buch Willmanstrand).

Julius Grósz: Ueber Purpura im Kindesalter. (Arch. für Kinderheilkunde. Bd. 18).

Verfasser stellte sich zur Aufgabe die in den letzten 6 Jahren im Budapester Stephanie Kinderspitale beobachteten Purpurafälle zu analysiren und auf Grund dieser Beobachtungen den diagnostischen Standpunkt zu charakterisiren. Im Verlaufe der 6 Jahre wurden 41 Fälle von Purpura beobachtet (unter 90556 Kranken, was 0,04 pCt. ausmacht). Das grösste Contingent der Kranken bilden 1—3-jährige und 7—14-jährige; nur in 2 Fällen prävalirten die Erscheinungen von Seiten der Gelenke, so dass die Diagnose auf Peliosis rheumatica lautete. G. führt die Krankengeschichten von 12 klinisch beobachteten Fällen an und schliesst aus denselben, dass die Benennung «Purpura» ein Collectivbegriff ist, unter dem Purpura simplex, Purpura haemorrhagica, so wie auch Peliosis rheumatica verstanden werden müssen. Die Purpurafälle theilt Verf. in 2 Gruppen: a) in solche, welche in Begleitung von Gelenksymptomen auftreten b) in solche, welche ohne Gelenksymptome verlaufen.

Bezüglich des Verlaufes der Purpura sagt G. Folgendes aus: 1. Der Verlauf der unter der Benennung «Purpura» gekannten Fälle ist gewöhnlich fieberfrei und nur ausnahmsweise in Verbindung mit Fieber, in dem letzten Falle steht das Fieber durchaus nicht immer im Causalnexus mit der Eruption der Purpuraflecken. 2. Der Verlauf der Blutflecken ist grösstentheils günstig, selten endigen sie letal; dieser Ausgang kann infolge der von stärkeren Blutungen stammenden Anaemie eintreten, oder aber infolge von ausgebreiteten Blutungen im Gehirn und dessen Häuten. Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. R. Kobert: Compendium der praktischen Toxikologie zum Gebrauche für praktische Aerzte und Studirende. Dritte, gänzlich umgearbeitete Auflage, Stuttgart, Verlag von Enke 1894. 180 Seiten mit 32 Tabellen.

Die vorliegende 3. Auflage hat Kobert sich bemüht, noch praktischer zu gestalten, als die vorige, und glaubt dies durch Einführung von Tabellen erreicht zu haben, welche auf den ersten Blick die Aehnlichkeiten und Unterschiede zusammengehöriger Gifte erkennen lassen und dabei wenig Platz beanspruchen. Die Besprechung der Gifte im einzelnen im Text konnte dabei um so eher wegfallen, als eine solche vom Verfasser in seinem «Lehrbuche der Intoxicationen» in ausführlicher Weise erst vor kurzem (1893) gegeben worden ist. So sind in Tabelle I der allgemeinen Toxikologie die wichtigsten Vergiftungssymptome zusammengestellt, in Tab. II die wichtigsten Gegengifte, in Tab. III die charakteristischen

pathologisch anatomischen Befunde, in Tab. VI, die durch Destillation abscheidbaren Gifte aufgenommen, in Tab. V die Fällungs- und Färbungsreagentien. Der specielle Theil zerfällt in Vergiftungen, welche grobe anatomische Veränderungen zu veranlassen pflegen (ätzende Säuren, Haloide, Alkalien, Salze etc.) und in solche, welche ohne grobe Veränderungen zu hinterlassen, töten können (Gifte des Cerebrospinalsystems und Herzgifte). Dazwischen steht die Gruppe der Blutgifte, bei welchen nur das Blut Veränderungen zeigt oder wo wenigstens die Blutveränderungen die primären sind und erst secundäre Veränderungen anderer Organe nach sich ziehen. Die einzelnen Gruppen sind in Tabellen geordnet und bei jedem Gift das betr. Präparat, die Aetiologie, Dosis letalis Wirkung, Symptome, Verlauf, Ausgang, Sectionsergebniss, Therapie und Nachweis angegeben. Im Anhang ist neben einer Uebersicht der toxikologisch interessanten Stoffwechselproducte, der pharmakologisch-wichtigen Pflanzen und Thiergattungen (Coelenterata, Plathelminthes, Nemathelminthes etc.) eine sehr anschauliche Tabelle der pharmakologisch wichtigen Reactionen, nach den betr. Autoren geordnet, beigefügt. So ist es möglich gewesen, dass bei einer Verringerung des Umfanges des Buches der Inhalt doch ein umfassenderer geworden ist als in der vorigen Auflage.

Wir sind der Ueberzeugung, dass das sehr empfehlenswerthe Buch sich durch seine neue praktische Abfassung zahlreiche Leser erwerben wird. Weyert.

Anton Bum und M. T. Schnirer: Diagnostisches Lexicon für practische Aerzte. Dritter Band. Wien & Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1894.

Der uns vorliegende dritte Band des diagnostischen Lexicons dessen praktischen Werth wir bereits in unserer Wochenschrift hervorgehoben haben, enthält wieder eine Fülle von interessanten diagnostischen Abhandlungen, von denen die meisten mit instructiven Zeichnungen versehen sind. Die einzelnen Gebiete sind von Klinikern und Fachleuten mit Namen vom besten Klang bearbeitet worden. Es mag hier hingewiesen werden auf das Capitel über Magenuntersuchungen (Rosenheim) in welchem die chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden in übersichtlicher Weise zusammengestellt sind, auf die von Wolzendorff bearbeitete Abhandlung über Fisteln und Stricturen des Mastdarms, auf die recht ausführlich gehaltenen Capitel über Mikroskopie (Schnirer), Ophthalmoskopie (Königstein) etc. Wir wollen unsere Leser nochmals auf dieses neue literarische Erzeugniss aufmerksam machen, es wird dem praktischen Arzt bei diagnostischen Schwierigkeiten ein zuverlässiger Rathgeber sein.

Abelmann.

Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wolmar.

5.–7. September 1894.

Erste Sitzung.

Montag den 5. September 1894. 10 Uhr Vormittags.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. G. Apping eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommnet die Anwesenden im Namen des Stadthaupts von Wolmar und der Wolmarschen Aerzte.

2. In seiner Function als Cassaführer der Gesellschaft livl. Aerzte verliest Dr. G. Apping den Cassabericht für die Zeit vom 1. September 1893 bis zum 5. September 1894; es erweist sich ein Baarbehalt von 400 Rbl. 78 Kop. Der Cassabericht wird angenommen.

3. Zum Orte des nächsten Aerztetages wird Wenden bestimmt, als vorläufiger Termin Mitte September angesetzt.

4. Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten: zum Präses wird Herr Dr. H. Truhart — Jurjew, zum Secretair Herr Dr. E. Sokolowski — Alexandershöhe und zum Cassaführer Herr Dr. E. Kiwull — Wenden gewählt.

5. Der Präses Dr. Truhart begrüsst die Versammlung, dankt für das ihm in der Wiederwahl bewiesene Vertrauen und giebt, nachdem er zuvor der Vertretung der Stadt und den Collegen in Wolmar im Namen der versammelten Aerzte für die abermals gewährte Gastfreundschaft den Dank dargebracht, einen kurzen Rückblick auf die bisherige Thätigkeit der Gesellschaft livländischer Aerzte. Eingedenk dessen, dass in dem heutigen Versammlungsorte die Eröffnung derselben stattgehabt und in pietätvoller Erinnerung dessen, dass der leider sobald darauf verstorbene Prof. Ed. v. Wahl die Seele des ersten Aerztetages gewesen, fordert Präses die Versammelten auf, das Gedächtniss an letzteren, sowie aber auch an die, in diesem Jahre dahin geschiedenen Leuchten der Wissenschaft, die Professoren Alexander Schmidt, Friedrich Bidder und Hermann Helmholtz durch Erheben von den Plätzen zu ehren. (Die Versammlung erhebt sich).

6. Der Präses macht Mittheilung über die bisher von dem Vorstande getroffenen Maassnahmen in Betreff Fundirung einer «Unterstützungskasse für Wittwen und Waisen livländischer Aerzte», spricht sein Bedauern über die ungenügende Zahl der bisher stattgehabten Anmeldungen aus und giebt der Hoffnung Ausdruck, dass dieses Project, welches für die Gegenwart als definitiv gescheitert zu betrachten sei, in Zukunft eine dem Zweck entsprechende Lösung finden möge!

7. Behufs Vertretung des Secretariates in der Universitätsstadt wird vom Präses die Wahl eines Gehilfen des Secretairs angeregt. Gewählt wird Herr Docent Dr. Fr. Krüger — Jurjew.

8. Herr Prof. C. Dehio giebt ein Referat «Ueber die Wirksamkeit und den Bestand der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra» im verflossenen Jahr.

Die Gesellschaft hat sich bisher in erfreulicher Weise entwickelt und gekräftigt und den Kreis ihrer Thätigkeit fortlaufend erweitern können; da jedoch die Rechnungsabschlüsse für das laufende Jahr noch nicht erfolgt sind, so bezieht sich der Bericht über die financielle Lage der Gesellschaft zunächst nur auf das Jahr 1893. Als wichtigstes Ergebniss desselben ist hervorzuheben, dass sich der pecuniäre Boden, auf dem die Gesellschaft steht, aufs Glücklichste gefestigt hat, insofern sie nicht mehr lediglich auf private Wohlthätigkeit basirt, sondern auf eine feste Unterstützung der livländischen und estländischen Ritterschaften rechnen kann.

Die livländische Ritterschaft hat zu Ende des Jahres 1893 der Gesellschaft eine einmalige Unterstützung von 2500 Rbl. zugewandt, und sich ausserdem verbindlich gemacht ihr jährlich 2000 Rbl. für den Unterhalt der Leprosorien zuzuweisen.

Die estländische Ritterschaft übergab der Gesellschaft einen einmaligen Beitrag von 2000 Rbl. und erklärte sich bereit zum Unterhalt der aus Estland stammenden Leprösen jährlich 1000 Rbl. beizutragen.

An grösseren privaten Spenden sind uns von zwei ungenannten Wohlthätern aus Finnland etwas über 4000 Rubel, von einer ungenannt bleibenden Gesellschaft privater Wohlthäter aus Dorpat 4400 Rbl., von einer Dame aus Estland 1000 Rbl. gespendet worden, so dass wir im Jahre 1893 im Ganzen, vielfache kleinere Spenden, Mitgliedsbeiträge und Zinsen unseres Kapitales eingerechnet, 23,156 Rbl. vereinnahmt haben.

Dem gegenüber stehn aber auch recht bedeutende Ausgaben.

Zunächst ist zu Ende des Jahres 1893 das Leprosorium Nennal baulich erweitert und um 30 neue Betten vermehrt worden, so dass daselbst jetzt 80 Lepröse untergebracht werden können. Das Leprosorium Muhli, welches für 15—20 Kranke Raum hat, ist unverändert geblieben. Somit vermag unsere Gesellschaft gegenwärtig gegen 100 Lepröse zu versorgen.

Weitere Ausgaben erwuchsen aus den nöthigen baulichen Remonten der Leprosorien, der Gagierung der Aerzte und des Aufseherpersonals, aus der Miethe für das Leprahaus und Grundstück in Muhli und aus den Neuanschaffungen an Krankenkleidern und sonstigem beweglichen Inventar.

Die Ernährung der Kranken kostete in Muhli 15 und in Nennal 14 Kopeken pro Tag und Kopf.

Aus Alledem ergab sich die Gesammtsumme der Ausgaben pro 1893 im Betrage von rund 15,500 Rbl Das Nähere hierüber ist in den Rechenschaftsberichten der Gesellschaft, die in den einheimischen Tagesblättern veröffentlicht sind, zu ersehen.

Der Ueberschuss der Einnahmen über die Ausgaben wurde zum Kapital der Gesellschaft hinzugeschlagen, deren Baarvermögen zu Ende des Jahres 1893 somit rund 19,300 Rbl. betrug.

Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland und Estland kann nicht umhin auch an dieser Stelle der hochherzigen Spender von Beiträgen und besonders unserer Ritterschaften dankbar zu gedenken, sowie auch den einheimischen Aerzten ihren Dank auszusprechen für die Unterstützung, die sie den Bestrebungen unserer Gesellschaft zu Theil werden liessen.

Das financielle Ergebniss des laufenden Jahres lässt sich noch nicht übersehen; so glänzend wie das des verflossenen wird es schwerlich ausfallen, da so grosse einmalige Spenden wohl kaum in jedem Jahre wiederkehren dürften.

Unter den sonstigen wichtigen Ereignissen im Leben unserer Gesellschaft wäre nochmals anzuführen die schon erwähnte Erweiterung von Nennal, welche dadurch nothwendig wurde, dass nunmehr auch aus Estland stammende Kranke daselbst aufgenommen werden sollen, und das umsomehr als die estländische Ritterschaft sich am Unterhalt der Kranken betheiligt. Hierzu ist eine kurze Erläuterung nöthig. Es hat sich ergeben, dass der Unterhalt eines Kranken im Leprosorium jährlich 100 Rubel kostet. Da nun unsere Gesellschaft

nicht die Mittel besitzt um ihre Leprösen vollkommen unentgeltlich zu verpflegen, so hat sie die Einrichtung getroffen, dass die grosse Mehrzahl ihrer Kranken nur gegen eine Zahlung von 60 Rubeln jährlich aufgenommen wird, welche Summe in der Regel derjenigen Bauerngemeinde zur Last fällt, welche den Kranken ins Leprosorium schickt. Dank der energischen Hülfe des Herrn livländischen Gouverneurs sind diese Zahlungen von den säumigen Gemeinden auf dem Verwaltungswege bisher regelmässig eingetrieben worden, so dass jeder Kranke unserer Gesellschaft durchschnittlich nur 40 Rbl. gekostet hat. Wir hofften nun, die aus Estland stammenden Kranken unter denselben Bedingungen aufnehmen zu können. Der estländische Gouverneur hat es jedoch nicht für möglich gehalten die ihm unterstellten Bauergemeinden zu der erwähnten Zahlung von 60 Rubeln für jeden Kranken anzuhalten, und wir sind daher gezwungen die estländischen Leprösen unentgeltlich unterzubringen. Natürlich kann nun nur eine viel kleinere Zahl von estländischen Kranken bei uns verpflegt werden, als ursprünglich in Aussicht genommen war. Entsprechend der jährlichen Unterstützung der estländischen Ritterschaft im Betrage von 1000 Rubeln haben wir beschlossen 12 aus Estland stammende Lepröse unentgeltlich zu verpflegen. Von den 30 in Nennal neu errichteten Betten, die ursprünglich für Estland bestimmt waren, bleiben somit 18 für Kranke aus Livland vacant.

Es lässt sich nicht läugnen, dass es den Gemeinden häufig sehr schwer fällt, die von ihnen beanspruchte Zahlung zu leisten, namentlich wenn sie dieselbe für mehrere Kranke entrichten müssen. Andrerseits würde sich unsere Gesellschaft aber sehr bald banquerott gewirthschaftet haben, wenn sie alle Lepröse unentgeltlich aufnehmen wollte. Deshalb geht unser lebhafter Wunsch dahin, dass die jährlichen Zahlungen für die Leprösen nicht mehr von den einzelnen Landgemeinden geleistet, sondern auf die allgemeinen Landesprästanden abgewälzt würden. Das kann nur mit vorheriger Bewilligung des Landtages geschehen. Wir beabsichtigen ein dahingehendes Gesuch gehörigen Ortes einzureichen und hoffen, dass dasselbe Gewährung finden wird. **Nur wenn auf diese Weise die Bekämpfung der Lepra in Livland zu einer allgemeinen Landesangelegenheit gemacht wird, kann unsere Gesellschaft darauf rechnen, der Seuche mit Erfolg entgegen zu treten.**

Die Erweiterung der Thätigkeit unserer Gesellschaft auf Estland hat die Errichtung eines Zweigcomitée in Reval nöthig gemacht. Die Herren A. Baron Rosen, von Mühlendahl, und Dr. von Rennenkampff haben es freundlichst übernommen unsere Interessen daselbst zu vertreten, Mitgliedsbeiträge einzusammeln und die estländischen Kranken nach Nennal zu befördern.

Zum 1. Januar 1893 befanden sich in unseren Leprosorien 55 Aussätzige; im Jahre 1893 wurden neu aufgenommen 40 Kranke, wurden auf eigenen Wunsch oder wegen Renitenz entlassen 25 Kranke, starben 10 Kranke, so dass zum 1. Januar 1894 60 Kranke von unserer Gesellschaft verpflegt wurden. Gegenwärtig ist die Zahl derselben auf 65 gestiegen. In den nächsten Wochen wird aus Estland eine grössere Anzahl Kranker erwartet, so dass bald die Zahl von 80 Kranken erreicht sein wird.

Die alte Erfahrung, dass Esten und Letten in Folge ihrer nationalen Verschiedenheiten nicht gut zusammen passen, hat sich auch in unserem Leprosorium bestätigt und namentlich den Letten ist es nicht zu verdenken, wenn sie plötzlich nach Nennal oder Muhli, also in eine ihnen fremde Umgebung und in ein Land mit fremder Sprache versetzt, an Heimweh leiden und sich nach Hause sehnen. Unsere Gesellschaft hat deshalb beschlossen im lettischen Theil Livlands, in der Nähe von Wolmar oder Wenden ein drittes Leprosorium von 40 Betten zu errichten, welches ausschliesslich für Letten bestimmt ist. Dank der Freigebigkeit der livländischen Ritterschaft, welche uns das Inventar des ehemaligen livländischen Landesgymnasiums zu Fellin geschenkt hat, steht die ganze innere Einrichtung des künftigen Leprosorims schon bereit und es kommt nun darauf an, ein passendes Gebäude zu erwerben oder zu erbauen. Die ersten Schritte in dieser Richtung sind schon gethan. Somit wird unsere Gesellschaft hoffentlich bald eine Gesammtzahl von 140 Betten zur Verfügung haben.

Die Zahl der Mitglieder unserer Gesellschaft betrug am 1. Januar 1894 — 530.

Wenn die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra mit Befriedigung auf das von ihr Erreichte zurückblicken kann, so stehen ihr wie aus dem vorstehenden Bericht ersichtlich, doch noch so manche Aufgaben bevor, die sie nur erfüllen kann, wenn ihr wie bisher eine allgemeine Unterstützung seitens der Heimathgenossen zu Theil wird.

9. Herr Dr. A. Reisner berichtet über die **Thätigkeit und den Bestand des Leprosoriums bei Riga.** (St. Petersb. med. Wochenschrift 1894 № 47.)

Discussion.

a) Herr Dr. J. Sadikoff — Talsen knüpft an obige Referate eine kurze Mittheilung über den Stand der Leprafrage in Curland: In Curland existiren 2 Gesellschaften zur Bekämpfung der Lepra, eine allgemeine und eine für das Kirchspiel Erwahlen. Dieser Spaltung ist es wohl auch zuzuschreiben, dass die Mittel es erst jetzt erlauben zum Bau eines Leprosoriums zu schreiten. Die allgemeine Gesellschaft hat jetzt ein Grundstück bei Talsen erstanden und wird im kommenden Frühjahr mit dem Bau beginnen. Die vorhandenen Mittel belaufen sich bis jetzt auf ca. 13,000 Rbl. und sind jährliche Subventionen zu erhoffen.

b) Herr Dr. G. Reussner — Lemsal richtet sich an die in den Leprosorien thätigen Aerzte mit der Anfrage nach der Wirksamkeit der von Wassilieff proponirten Behandlung mit Methylenblau und erwähnt einer diesbezüglichen Mittheilung in der Berliner Klin. Wochenschrift.

c) Herr Dr. H. Koppel: Wie auf dem vorigen Livl. Aerztetage mitgetheilt, sind im Leprosorium Muhli Patienten mit Methylenblau mehrere Monate hindurch behandelt worden. Es wurden allerdings die tubera blau und anfänglich auch etwas weicher. Bei fernerer monatelanger Behandlung aber kam keine weitere Veränderung zum Besseren zu Stande und wurde daher diese Behandlung abgebrochen.

10. Vortrag des Herrn Dr. H. Koppel — Jurjew: **«Zur pathologischen Anatomie der Lepra»** (erscheint demnächst in der St. Petersb. Med. Wochenschrift).

Discussion:

a) Herr Dr. A. von Bergmann — Riga: Die Unterscheidung mit Lepromen beginnender und maculöser Form — gleichsam als regressive Stufenleiter — lässt sich nicht aufrechterhalten, da maculöse Formen der Lepra später von der tuberösen gefolgt werden. Die Auffassung, dass die Lepra eine centralwärts vorschreitende Hautkrankheit sei, kann in dieser Fassung nicht vertreten werden. Wohl ist häufig eine locale Eruption nachgewiesen worden; derselben ist aber der Ausbruch der Hautknoten und der Schleimhauterkrankung (Nase, Larynx) in ganz analoger Weise gefolgt, wie sonst bei den Infectionskrankheiten. Auch bei der Lepra nervorum spricht das multiple Auftreten der Anästhesie ohne nachweisbare Hautveränderung gegen die Auffassung, dass hier die Krankheit von der Haut aus centripetal vorschreite. Die ascendirende Neuritis leprosa ist von demselben Gesichtspunkte aus aufzufassen wie die Localisation bei der Lepra tuberosa.

b) Herr Dr. H. Koppel: Ich habe mit der Namhaftmachung der Reihenfolge der einzelnen Lepraerscheinungen keine besondere Lehre aufstellen wollen, sondern aus meinen Beobachtungen zusammenfassend den Eindruck, den die einzelnen Erscheinungen auf mich gemacht in kurzer Form zum Ausdruck bringen wollen. Ich meine nicht, dass bei jeder Form die einzelnen Formen in der angegebenen Reihenfolge auftreten müssten, sondern dass ich bei einer folgenden Form die vorhergehende nicht habe auftreten sehen, wohl aber sehr oft umgekehrt. Auf diese beobachtete Erscheinung habe ich die Aufmerksamkeit der Collegen lenken wollen.

Das Ausgehen der leprösen Erscheinungen von der Haut möchte ich auf die umrandeten Macula beschränkt wissen. Ich glaube auch nicht, dass jeder Knoten die Bedeutung einer neuen Hautinfection habe, sondern bin der Ansicht, dass die Infection an einer Stelle der Haut erfolgt, dort sich die Infectionsstoffe allmählich vermehren, aus den Infiltraten um die Blutgefässe nachgewiesenermassen ins Blut gelangen und hier den Weg der Verbreitung durch den ganzen Körper finden. Zur Weiterentwickelung kommen die Infectionsstoffe an besonderen Praedilectionsstellen, wodurch das Auftreten von Lepraerscheinungen an verschiedenen Körperstellen, die weit von einander entfernt sind, erklärlich wird.

c) Hrer Prof. Dr. K. Dehio wendet sich im Anschlusse an den Vortrag des Dr. Koppel gegen den Angriff Arnings auf die von Dehio und Gerlach aufgestellte Hypothese: dass die Lepra nervorum von peripheren leprösen Veränderungen ausgehe. Arning wendet dagegen ein 1) dass der klinische Verlauf der Lepra nervorum nicht mit dieser Hypothese übereinstimme, da oft Nervenlepra vorkomme ohne alle Fleckenbildung in der Haut; dem gegenüber ist zu betonen, dass bei einer so chronischen Krankheit die Anfänge oft nicht zur Beobachtung des Arztes kommen. Eine Kranke, die Redner gegenwärtig genau beobachtet, zeigt die charakteristischen Störungen der Lepra mutilans mit atypischen Lähmungen an Händen und Füssen, aber keinerlei Flecken oder Knoten an der Haut, welche anatomisch durchaus unverändert erscheint. Dennoch lehren die Krankenbögen der chirurgischen Klinik, dass dieselbe Kranke vor 7 und vor 6 Jahren daselbst an einer ausgesprochenen Lepra maculosa mit umschriebenen, geränderten anästhetischen Flecken am Halse, am Rumpf und den unteren Extremitäten behandelt worden ist. So mag in vielen, vielleicht allen Fällen von scheinbar reiner Lepra nervorum doch eine lepröse Hauterkrankung vorausgegangen sein. 2) wendet Arning ein, dass wenn die

anästhetischen Flecke lepröser Natur wären und nicht als rein trophische Störungen betrachtet werden dürften, man in ihnen Bacillen finden müsste, was bekanntlich aber nicht gelingt. Hiergegen ist anzuführen, dass es noch fraglich ist, ob die Leprabacillen stets im leprösen Gewebe vorhanden sein müssen und ob sie nicht unter Umständen aus den Krankheitsproducten, dem leprösen Gewebe sehr bald schwinden, so dass sie in letzterem nicht nachgewiesen werden können. Dass die Leprabacillen nicht stets in annähernd gleicher Menge in der Neubildung vorkommen, wie dieses etwa bei den Tuberkelbacillen der Fall ist, das lehrt die tägliche Erfahrung. In den Lepraknoten sind die Bacillen massenhaft, in den sog. Lepriden dagegen so spärlich anzutreffen, dass man sie oft ganz vergebens sucht.

Klinisch ist es unmöglich, die anästhetischen Lepraflecke als trophische, durch die primäre Nervenerkrankung bewirkte Störungen zu betrachten, da sich die Flecke keineswegs an die Verbreitungsbezirke der Hautnerven binden, sondern ein nach allen Seiten fortschreitendes Wachsthum und ganz unregelmässige Gestaltung zeigen. Da die Fecke oft vielfach über die Körperoberfläche vertheilt erscheinen und mit Vorliebe die Extremitäten ziemlich gleichmässig ergriffen werden und da oft die ganze Oberfläche eines Beines oder Armes in einen einzigen grossen Fleck verwandelt ist, so ist es leicht verständlich, dass dem entsprechend auch die Neuritis leprosa ascendens sämmtliche Extremitätennerven ziemlich gleichmässig befällt und die charakteristischen Symptome dieser merkwürdigen aber sehr leicht zu erkennenden Nervenstörungen bewirkt.

Dass thatsächlich die kleinzellige Infiltration der Nervenzweige, Nervenäste und Nervenstämme bei der Lepra von der Peripherie proximalwärts fortzuschreiten pflegt, das ist von Gerlach und — für die Lepra tuberosa — von Dehio anatomisch festgestellt worden und durch theoretische Bedenken nicht umzustossen.

d) Herr Dr. Truhart führt einen dem von Prof. Dehio besprochenen ähnlichen Fall an, den er 1891 in der «Deutschen Medicinischen Wochenschrift» veröffentlicht hat: es handelte sich um Lepra maculosa mit Anästhesien in solchen Bezirken der Haut der Extremitäten, die völlig frei waren von Flecken. Der Fall wurde mit Tuberkulin behandelt; zunächst verblassten die Flecke und späterhin schwand auch die Anästhesie an den freien Hautstellen; eine Beobachtung die durchaus für die Anschauung des Herrn Prof. Dehio spricht.

11. Herr Dr. J. Sadikoff hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden**» (cf. St. Petersb. med. Wochenschr. 1894 № 43).

Disscussion

a) Herr Dr. E. Fischer-Sagnitz macht darauf aufmerksam, dass man aus Petersburg von der Kaiserlichen Oekonomischen Gesellschaft jeder Zeit animale Lymphe unentgeltlich erhalten kann.

b) Herr Dr. Sadikoff sieht hierin keinen wesentlichen Vortheil, erstens weil man auf die diesbezügliche Bitte hin nicht mit dem erforderlichen Quantum versorgt werde und zweitens, weil andere Institute die Lymphe zu dem geringen Preise von $1^1/_2$—2 Kop. pro Kind lieferten.

c) Herr Dr. E. Fischer: Die praktische Durchführbarkeit der Proposition des Dr. Sadikoff, dass nämlich ausschliesslich den Aerzten das Recht und die Pflicht des Impfens zustehen soll, — zweifelt Redner an. Die Impflinge seien nach seinen Erfahrungen nicht präcise zur Stelle, durch welche Unpünktlichkeit der Landarzt in der Ausübung seiner übrigen Pflichten erheblich gehindert würde. Es müsste jeder Impfling einzeln aufgesucht werden.

d) Herr Dr. Sadikoff: In der Voraussicht eines künftigen Impfgesetzes sei man berechtigt zu erwarten, dass selbiges Gesetz die Bevölkerung zum Präsentiren der Impflinge zu zwingen wissen werde.

e) Herr Dr. Apping: Weder Aerzte noch die sonst concessionirten Impfer in Wolmars Umgegend beklagen sich über ein Nichteinhalten der Termine seitens der Impflinge. Diese Erfahrung lässt die Impfung an einem Standorte rationell erscheinen.

f) Herr Dr. J. Müller-Schujenpahlen fragt an, in wieviel Procent nach den Erfahrungen des Vortragenden die Revaccination hafte?

g) Herr Dr. Sadikoff: Die Revaccination haftet in $^2/_3$ der Fälle durchschnittlich. In den verschiedenen Gebieten und Jahren sind natürlich starke Schwankungen zu bemerken.

h) Herr Dr. G. Hermann-Wellan: Bei Stipulirung eines allgemeinen Impfreglements für die Ostseeprovinzen resp. fürs ganze Reich wäre es sweckmässig den Zigeunern specielle Berücksichtigung angedeihen zu lassen, etwa auf dem Wege eines Zusatz-§, da sie sich als ausgesprochene Feinde der Schutzpockenimpfung erweisen.

i) Herr Dr. Truhart hebt die Möglichkeit eines Unterschiedes zwischen den bezüglich des Impfverfahrens einerseits in Livland und andrerseits in Kurland bestehenden Verhältnissen hervor. Früher als Kreisarzt in Livland thätig, weiss Redner zu berichten, dass die Impfer ein Attestat von Seiten des Kreisarztes oder der Universität besitzen müssen, um von den Gemeinden gewählt werden zu können. Es wird in entsprechenden Zeitintervallen eine Revision angesagt, an welcher sich Sanitätsbeamte, der Gemeindeälteste und der Kreischefgehilfe betheiligen. In den livländischen Gemeindeschulen werden Kinder ohne Impfscheine nicht aufgenommen.

12. Der Präses Dr. Truhart schlägt vor, eine Commission zu wählen, behufs Ausarbeitung einer Organisation der Schutzpockenimpfung für alle baltischen Provinzen auf Basis des von Dr. Sadikoff in Vorschlag gebrachten Massnahmen. Der Entwurf sei dem nächsten Aerztetage zur Berathung vorzulegen.

In die Commission gewählt werden die Herren Dr. R. Heerwagen, J. Sadikoff und E. Fischer unter dem Präsidium des Herrn Dr. J. Sadikoff.

13. Vortrag des Herrn Docenten Dr. Fr. Krüger: «**Ueber die fermentative Wirksamkeit des Dünndarmsaftes**».

Nachdem Vortr. in Kürze der Literatur des Dünndarmsaftes gedacht und der verschiedenen Methoden der Gewinnung desselben Erwähnung gethan, ging er auf seine im Verein mit Dr. A. Grunert und Dr. E. Hoffmann ausgeführten Versuche über.

Die Gewinnung des wirksamen Princips des Dünndarmsaftes geschah folgender Maassen. Nach sorfältigster Reinigung eines Hundedünndarms wurde die Schleimhaut desselben abgeschabt und mit gesättigtem Chloroformwasser extrahirt, das Extract abfiltrirt, mit dem 8—10 fachen Vol. Alcohol gefällt und der Niederschlag längere Zeit (10—14 Tage) unter Alcohol stehen gelassen. Alsdann wurde der Alcohol abfiltrirt, der Filterrückstand erst mit Alcohol abs., dann mit Aether nachgewaschen und getrocknet.

Das auf diese Weise gewonnene Fermentpulver wurde mit gesättigtem Chloroformwasser extrahirt und das Extract zu den Verdauungsversuchen benutzt. In einigen Fällen wurde auch das ursprüngliche Chloroformwasserextract angewandt.

Bacterielle Wirkung war ausgeschlossen.

Die Verdauungsversuche zeigten, dass gekochtes Fibrin und Hühnereiweiss nicht verändert wurden. Stärkekleister wurde saccharificirt, Rohrzucker invertirt.

Bei der optischen Untersuchung der Einwirkung auf Rohrzucker stellte sich ferner heraus, dass der Inversion eine Reversion folgt.

Vortr. glaubt, dass die Reversion durch Bildung von Traubenzucker aus der Laevulose des Invertzuckers zu erklären sei.

(Der Vortrag wird in extenso in der «Zeitschrift für Biologie» veröffentlicht werden.)

14. Der Vortrag des Herrn Prof. K. Dehio: «**Zur Therapie der Phthisis**» wird wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sizung verschoben.

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Der Professor emer. der Histologie und Embryologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Sawarykin, ist nach 35-jährigem Dienste mit Uniform verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrath.

— Die Wahl des gelehrten Secretärs der militär-medicinischen Academie an Stelle des Professors Tarchan-Mourawow findet am 21. d. Monats statt. Mit der Erfüllung der Obliegenheiten des gelehrten Secretärs ist einstweilen der ordentliche Professor der Chemie an der Academie, Dr. P. A. Dianin, betraut worden.

— Der von der Conferenz der militär-medicinischen Academie zum Professor für den vacanten Lehrstuhl der speciellen Pathologie und Therapie an der genannten Academie erwählte Oberarzt des hiesigen Hospitals der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Dr. W. N. Ssirotinin ist vom Kriegsminister in diesem Amte bestätigt worden.

— Die Gesellschaft der Aerzte des Nowgorodschen Gouvernements hat die Professoren Fürst Tarchan-Mourawow (St. Petersburg), Setschenow, Koschewnikow und Erismann (Moskau) zu Ehrenmitgliedern gewählt. (Wr.)

— Zu Geschäftsführern des für das Jahr 1896 in Aussicht genommenen X. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte in Kiew sind von der dortigen physico-mathematischen Facultät die Kiewer Professoren De Metz und S. S. Reformatski gewählt worden. Es ist somit wiederum kein Mediciner unter den Geschäftsführern des Congresses.

— Am 15. Januar fand hierselbst zu Ehren des Professors der Anatomie an der militär-medicinischen Academie Dr. Tarenezki anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums ein Festessen statt, an welchem die Collegen des Jubilars und gegen 100 Aerzte Theil nahmen.

— Die Einwohner von Nowgorod veranstalteten am 11. December v. J. ein Diner zu Ehren des örtlichen Gouvernements-Sanitätsarztes und Präsidenten der Nowgorodschen Gesell-

schaft der Aerzte, Dr. E. J. Lebedew, und überreichten ihm gleichzeitig ein werthvolles Geschenk.

— Die Berliner medicinische Gesellschaft hat ihren langjährigen Vorsitzenden auch für das nächste Vereinsjahr wiedergewählt, ebenso die übrigen Vorstandsmitglieder.

— Ordensverleihungen: St. Wladimir-Ord. III. Classe — dem ord. Professor der speciellen Pathologie, wirkl. Staatsrath Dr. Eugen Afanassjew. St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem Professor extraord. der med.-Chemie an der Universität Charkow, Staatsrath Dr. Bogomolow und dem ält. Ordinator am Marinehospital in Sewastopol, Collegienrath Berg. St. Annen-Orden II. Cl. — dem Oberarzt des Marinehospitals in Sewastopol, Staatsrath Dr. Lippe. St. Stanislaus-Orden II. Classe — dem ausserord. Professor der gerichtl. Medicin in Kiew, Dr. Obolonski und dem früheren älteren Schiffsarzt, Collegienrath Brandt

— Befördert: Zum wirkl. Staatsrath — der Divisionsarzt der 37. Inf.-Division, Dr. Grimm und der Oberarzt des Nikolai-Cadettencorps, Dr. Plinatus.

— Verstorben: 1) Am 10. Januar in St. Petersburg der frühere Marinearzt, wirkl. Staatsrath Dr. Valentin Kamenezki in hohem Alter. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in der medico-chirurgischen Academie erhalten und wurde bereits vor 52 Jahren Marinearzt, anfangs bei der Schwarzmeerflotte, dann bei der baltischen Flotte. 1846 erfolgte seine Ernennung zum Ordinator des hiesigen Kalinkin-Marinehospitals und im nachfolgenden Jahre zum Arzt der Lehrequipage. Nach Erlangung der Doctorwürde (1855) wurde K. zum Oberarzt der Ingenieur- und Artillerieschule und im J. 1863 zum Arzt der Cadres des St. Petersburger Hafens ernannt. Gleichzeitig fungirte er auch als Gehülfe des Directors der Maximilian-Heilanstalt. Seit 1881 lebte er pensionirt in St. Petersburg, wo er auch als praktischer Arzt thätig war. 2) Am 10. December v. J. in Jekaterinburg der Oberarzt des dortigen Bergwerks-Bezirks, Dr. Victor Turshanski, im 57. Lebensjahre. Nach Absolvirung seiner Studien in Kasan (1862) war T. anfangs als Arzt im Gouv. Kasan thätig und siedelte 1867 nach Jekaterinburg über, wo er die Stadtarztstelle bekleidete, bis er 1878 die Anstellung im Bergressort erhielt. Der Verewigte galt als ein hochgebildeter Arzt und ausgezeichneter Diagnostiker. 3) Am 21. Dec. v. J. in Tjumen (Gouv. Tobolsk) der Bezirksarzt W. H. Serebrennikow im Alter von 36 Jahren am Flecktyphus. Der Verstorbene genoss allgemeine Liebe und Achtung bei den Collegen sowohl wie bei den Einwohnern. 4) In Breslau der bekannte Laryngologe Prof. Gottstein im Alter von 62 Jahren.

— Prof. Behring (Halle) hat einen längeren Urlaub genommen. In Folge dessen hat Prof. Harnack vertretungsweise den wiederum verwaisten Lehrstuhl der Hygiene für dieses Semester übernommen, da der aus Marburg berufene Professor Dr. C. Fränkel erst im nächsten Semester nach Halle übersiedelt.

— Zum Nachfolger von Prof. Fränkel auf dem Lehrstuhl der Hygiene in Marburg ist Prof. Albrecht Kossel, Vorsteher der chemischen Abtheilung des Physiologischen Instituts der Berliner Universität. ernannt worden. Kossel hat sich durch eine Reihe von hervorragenden Arbeiten als ein ausgezeichneter Forscher auf dem Gebiete der physiologischen Chemie erwiesen, dagegen hat er zu dem Gebiete der Hygiene bisher keine wesentlichen Beziehungen gehabt. (A. med. C.-Ztg.)

— Zum Nachfolger Brown-Séquard's am College de France in Paris ist Prof. d'Arsonval ernannt worden.

— In Odessa hat das Stadthaupt Marasli für specielle Zwecke der dortigen städtischen bacteriologischen Station auf seine Kosten ein neues Gebäude erbaut, welches in der vorigen Woche dem Gebrauch übergeben ist.

— Das Vermögen der Russischen Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» betrug bei der Cassenrevision am 2. Januar d. J. im Ganzen 4,331,232 Rbl. 88 Kop., von denen 893,268 Rbl. 85 Kop. auf das Reservecapital zu Bedürfnissen in Kriegszeiten entfallen, die übrigen Summen aber den verschiedenen anderen Zwecken der Gesellschaft angehören.

— Der Kaufmann P. J. Iljin, welcher auf seine Kosten in Rostow a. Don beim städtischen Hospital eine Palate für Kinderkrankheiten erbaut hat, hat neuerdings wieder 1000 R. zur Herstellung von Diphtherieserum für dieses Hospital gespendet. Auch noch von einer zweiten Person ist eine Spende zu diesem Zweck dem genannten Hospital zugegangen und ist man daher bereits zur Herstellung des Serums geschritten.

— Die Wittwe des verstorbenen Professors der militär-medicinischen Academie, Nilus Ssokolow, hat die über 900 Exemplare medicinischer Werke enthaltende Bibliothek ihres Mannes dem städtischen «Barackenhospital zum Andenken an Prof. Botkin» geschenkt.

— Das durch freiwillige Beiträge gesammelte Capital für ein zum Andenken an den verstorbenen Professor Botkin zu erbauende Asyl für nothleidende Aerzte und deren Familien ist bereits auf mehr als 33,000 Rbl. angewachsen.

— Wie der Cassirer der medicinischen Unterstützungscasse Dr. A. W. Popow dem «Wratsch» mittheilt, betrug das Capital zur Unterstützung von Aerzten und ihren Familien in Fällen, die schleunige Hülfe erheischen (Manasseinscher Rubel) am 1. Januar d. J. 6000 R. in 4 procentigen Staatspapieren und 243 R. 71 K. in baarem Gelde. Im verflossenen Jahre haben aus dieser Casse 33 Personen Unterstützungen im Gesammtbetrage von 1430 R. erhalten.

— Der diesjährige deutsche Congress für innere Medicin wird vom 2.—5. April n. St. in München unter dem Vorsitze von Prof. v. Ziemssen stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind an Professor Dr. Baeumler in Freiburg i. B. zu richten.

— Wie stark die Nachfrage nach dem Diphtherie-Heilserum auch bei uns ist, geht daraus hervor, dass, wie der «Wratsch» erfährt, in den beiden letzten Wochen vom hiesigen Institut für Experimental-Medicin 2500 Flaschen dieses Heilserum für die Summe von nahezu 8500 Rbl. abgelassen worden sind.

— Die Choleraepidemie in Russland nimmt ersichtlich ab. Selbst in Podolien, welches vor Kurzem noch immer mehrere hundert neue Erkrankungen aufwies, sind in der Woche vom 1.—7. Jan. d. J. nur 69 Erkrankungen und 37 Todesfälle an der Cholera vorgekommen. Einigermassen erheblichere Zahlen wurden noch aus Curland (27 Erkrankungen) und Taurien (26) gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Januar 1895. 6527 (129 mehr als in der Vorwoche), darunter 237 Typhus — (31 mehr), 757 Syphilis — (55 mehr), 129 Scharlach (8 wen.), 41 Diphtherie — (1 mehr), 17 Masern (1 mehr) und 17 Pocken (1 mehr).

Am 14. Januar betrug die Zahl der Kranken 6730 (203 mehr), darunter 273 Typhus — (36 mehr) 808 Syphilis — (51 mehr). 130 Scharlach — (1 mehr), 34 Diphtherie — (7 weniger), 22 Masern — (5 mehr) und 14 Pockenkranke (3 wen.)

Vacanzen.

1) Von der Tambowschen Gouvernements-Landschaft wird ein Arzt gesucht, der mit der Bacteriologie vertraut ist. Derselbe wird als Gehülfe des Prosectors des Landschaftshospitals angestellt und hat hauptsächlich unter Aufsicht des Prosectors die Herstellung von Antidiphtherieserum zu übernehmen. Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Die Meldung geschieht bei der «Тамбовская Губернская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Duchowschtschina (Gouv. Smolensk). Der Arzt hat die Leitung des Hospitals im Kirchdorfe Pretschistoje zu übernehmen. Gehalt 1000 R. jährlich bei freier Wohnung mit Beheizung. Adresse: «Духовщинская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. Januar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
359	266	625	104	53	100	16	8	15	55	57	55	57	58	37	10	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 2, Scharlach 21, Diphtherie 29, Croup 5, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 56, Todtgeborene 24.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 31. Januar 1895.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 23. Januar 1895.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Medicinischer Verlag von GEORG THIEME in Leiqzig.

Soeben erschien:

Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten.

Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet

von

Dr. J. Boas,

Specialarzt für Magen- und Darmkrankheiten in Berlin.

THEIL II:

Specielle Diagnostik und Therapie.

2. Auflage.

Mit 9 Holzschnitten. — Brosch. 8 Mark. Gebund. 9 Mark. (9) 1—1

Zu beziehen durch die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg.

Handbuch d. speciellen Therapie innerer Krankheiten

in sechs Bänden

herausgegeben von **Prof. Dr. F. Penzoldt** und **R. Stintzing.**

in Lieferungen à 10 Bogen zum Preise von 1 Rbl. 65 Cop.

Lief. 13 Enthaltend: Bd. I. Infectionskrankheiten Bogen 37—42 (Schluss). Bd. IV. Erkrankungen der Verdauungsorgane. Bogen 10—13. Liefer. 14: Bd. III. Bogen 27—37. Blut-, Lymph- und Stoffwechselkrankheiten.

Guajacolcarbonat

ist

absolut frei von Aetzwirkung.

Total geruchlos und geschmackfrei, deshalb selbst von den empfindlichsten Patienten, auch in grossen Dosen gern genommen **und gut vertragen;** kein Uebelsein, kein Durchfall.

Verkauf durch die Grossdroguenhandlungen und die Apotheken.

Litteraturabdrücke durch

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

(12) 13—1

Изданіе **К. Л. Риккера** въ С.-Петербургѣ, Невскій пр. № 14.

Д-ръ мед. В. К. Ламанъ.

ПЯТЬ ЛѢТЪ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ СЪ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМИ АККУМУЛЯТОРАМИ.

I. Технологія аккумуляторовъ. II. Примѣненіе аккумуляторовъ: Электрическое освѣщеніе. Гальванокаустика. Фарадизація. Электролиза и гальванизація

1891. Цѣна 80 коп., съ перес. 1 руб.

Прекрасно написанная и изданная книжка эта содержитъ въ себѣ: I. Технологію аккумуляторовъ, съ подробнымъ изложеніемъ ихъ теоріи устройствъ, достоинствъ и недостатковъ. II. Примѣненіе аккумуляторовъ къ медицинскимъ цѣлямъ. Авторъ считаетъ ихъ примѣнимыми во всѣхъ случаяхъ съ малымъ сопротивленіемъ во внѣшней цѣпи (гальванокаустика, фарадизація, освѣщеніе) и непригодными тамъ, гдѣ это сопротивленіе очень велико (гальванизація, электролизъ). Для врачей, имѣющихъ дѣло съ электричествомъ, книжка д-ра Ламана должна имѣть большое значеніе. Т.

(Вѣстникъ общественной гигіены, 1892 Апрѣль).

Къ электролизу и католизу.

(по ринологическимъ наблюденіемъ).

I. Пѣна какъ шунтъ. II. Техническія замѣтки. III. Электролизъ и катализъ. IV. Вторичный токъ.

1893. Цѣна 60 коп. съ перес. 75 коп.

Salipyrin Riedel.

(Marke geschützt).

Dosirung 1/2 bis 1 Gramm mehrmals täglich. Literatur zu Diensten.

Chemische Fabrik von

J. D. Riedel, Berlin N.

(gegründet 1812) (6) 6—2

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien: (10) 1—1

Zur Technik

der schwedischen

manuellen Behandlung

(Schwedische Heilgymnastik)

von

Dr. **Arvid Kellgren** (Univ. Edin).

1895. gr. 8. Mit 79 Abbildungen 6 M.

Moorbäder im Hause!



Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Kilo.	Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni,

Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Niederlage in St. Petersburg bei

Stoll & Schmidt. (15) 26—24

Aachen.

Medico-mechanische Anstalt System Zander. Badehotels speciell für Winterkuren eingerichtet. Erfolg der Winterkur gleich dem der Sommerkuren.

(11) —1

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Amalie Schulze,** Большая Подьяческая д. 18, кв. 27.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Marie Kubern,** Мойка д. № 84, кв. 19.

Frau **A. Wiander,** Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп. д. 5, кв. 18.

Frau **Gülzen,** W. O. 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб. 21 Января 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, 28. Januar (9. Februar) **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — Referate: O. Silbermann: Ueber Schädigungen des rechten Herzens im Verlaufe des Keuchhustens. — Jackson: Pneumonia treadet by icecold application. — R. Hatschek: Zur Behandlung der Prurigo mit Massage. — Menge: Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecrete Nichtschwangerer. — Escherich: Die Gaertner'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung. — G. Gaertner: Ueber die Herstellung der Fettmilch. — Bücheranzeigen und Besprechungen: D. Hellin: Die Ursache der Multiparität der uniparen Thiere überhaupt und der Zwillingsschwangerschaft beim Menschen insbesondere. — O. Hertwig: Die Zelle und die Gewebe. — E. Mandelstamm: Klinische Vorlesungen über Augenkrankheiten. — Escherich: Aetiologie und Pathologie der epidemischen Diphtherie. — Behr: Medicinischer Taschenkalender für prackt. Aerzte. — Дюрсенъ: Спутникъ гинеколога. — Eulenburg: Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. — Jaffé: Principien und Technik der heutigen Wundbehandlung. — Auszug aus den Protokollen der med. Gesellschaft zu Dorpat. — Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar. Zweite Sitzung. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. *).

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Erste Reihe.

Herzinsufficienzen bei intacten Klappen.

Fall I.

Patientin, Wäscherin, 41 Jahre alt, hustete und expectorirte nach Ueberstehen einer Pneumonie seit vielen Jahren. Die letzten 2 Jahre litt sie an Dyspnoe, Cyanose und Oedemen, welche in der allerletzten Zeit stark zugenommen hatten. Bei der Aufnahme waren Gesicht und Extremitäten der kräftig gebauten Kranken kesselblau. Im Liegen und selbst nach geringen Bewegungen erreichte die Cyanose die höchsten Grade. Starkes Oedem der unteren Körperhälfte, mässiger Ascites, beiderseits geringer Hydrothorax und Stauungsrasseln, grosse Stauungsleber, Stauungsharn. Thorax in sagittaler Richtung bedeutend erweitert, starr. Lungen emphysematös. Trotzdem reichte die Herzdämpfung vom rechten Sternalrand bis 3 Querf. nach aussen von der Mam.-linie und setzte sich in recht breiter Ausdehnung auf die oberen Brustbeinabschnitte fort. Halsvenen beiderseits stark geschwellt, undulirend. Inspiratorische Einziehung des Jugulum. Verlängertes Exspirium. Etwas beschleunigte Athmung. Spitzenstoss im 6. IR. nur schwach fühlbar, regelmässig. Hier und über der Aorta waren beide Töne, besonders deutlich bei stehender Haltung, verstärkt. Die Töne des rechten Herzens dagegen schwach und dumpf. Keine Geräusche. Arterien auffallend weit, voll, anscheinend nicht sclerotisch.

Die 9-wöchentliche Beobachtungsdauer zerfällt in 3 Abschnitte. Während der ersten 3 Wochen keine Aenderung. In den nächsten 2 Wochen dagegen unter steigender Strophantusmedication rapide Besserung: reichliche Diurese, Abnahme der Cyanose und Oedeme, Verkleinerung der Leber. Die früher dumpfen Töne des rechten Herzens waren lauter geworden, die Verstärkung der Töne des linken Herzens hatte dagegen nachgelassen. Wechsel der Körperhaltung bewirkte nicht mehr Aenderung des auscultatorischen Befundes. Am Ende der 5. Woche, also unmittelbar nach beendeter Strophantuskur relative Heilung: Cyanose und Oedeme geschwunden, Leber normaler Grösse. Klare Herztöne. Accent auf dem zweiten Pulmonalton, Herzdämpfung nur noch bis zur Mitte des Sternum.

Die Circulationsstörungen dieser Patientin stehen in enger Beziehung zu der Entwickelung des Lungenemphysems und der allgemeinen Arterienerweiterung. Solche Fälle gehören zu jenen von Sommerbrodt aufgezählten Arbeitergruppen, deren Thätigkeit sich durch gebückte Haltung, rasches und tiefes Inspirium charakterisirt, auf dessen Höhe während Glottisschlusses und Feststellung der Rippen maximale Anspannung vorzüglich der Pectoralmuskeln, sowie des Bewegungsapparates der oberen Extremitäten bei gleichzeitigem Exspirationsdruck erfolgt — also durch eine Vereinigung aller solcher Momente, welche zur Vornahme des Valsalva'schen Versuchs erforderlich sind. Die Summe der aus solchen fort und fort wiederholten Bedingungen direct zu Stande gekommenen dauernden Störungen habe ich bereits an anderer Stelle «Pressionsthorax» zu nennen, vorgeschlagen. Während des Valsalva'schen Versuchs «wirkt die unter hohen Druck gestellte Lungenluft pressend auf das Herz und die intrathoracalen Gefässe. Von aussen kann kein Venenblut in den Brustkorb eintreten, es schwellen daher die sichtbaren Venen, das Blut der Lungen wird von der stark gespannten Lungenluft schnell in das linke Herz befördert, und letzteres entleert es baldigst nach aussen. Daher sind die Lungen blutleer und die Herzhöhlen leer. Also herrscht grösserer Blutreichthum des grossen Kreislaufes und des Herzens.» (Landois). Die Cardinalsymptome des Pressionsthorax sind demnach Lungenemphysem und allgemeine Erweiterung der Arterien des grossen Kreislaufs.

Die durch Entwickelung des Lungenemphysems geschaffenen Widerstände im kleinen Kreislauf, und die damit Hand in Hand gegangene Elasticitätsverminderung der Arterien des grossen Kreislaufs hatten dauernde Mehransprüche an die Arbeit beider Herzabtheilungen gestellt, welchen sich diese zunächst durch Hypertrophie ihrer Wandungen angepasst hatten. Die so erhaltene Com-

*) cf. diese Wochenschrift № 1.

pensation ist aber dann, eben zu jener Zeit, als vor 2 Jahren zum ersten Mal Oedeme auftraten, zweifellos durch Versagen des rechten Ventrikels ungenügend geworden. Damals ist für eine relativ kurze Zeit das Gleichgewicht wahrscheinlich durch erhöhte Arbeit des linken Herzens, durch Vermehrung seiner Schöpfkräfte wieder hergestellt worden; beim Eintritt in meine Beobachtung aber war auch diese Compensationsvorrichtung bis zu hohem Grade ungenügend geworden.

Das prägnante Krankheitsbild wies darauf hin, dass einerseits der rechte Ventrikel sehr ungenügend functionirte, und dass andrerseits der linke Ventrikel, trotz Aufgebot seiner ganzen, enorm gesteigerten Energie, gleichfalls nicht mehr in genügender Weise die Circulation zu unterhalten vermochte. Diese Symptome des linken Herzens und des arteriellen Systems waren so hervortretend, dass, da ein höherer Grad allgemeiner Arteriosclerose ausgeschlossen werden konnte, an das Vorhandensein auch renaler Widerstände gedacht werden musste, ein Verdacht, der erst nach wiederholten negativen Harnbefunden hinfällig wurde.

Die Aufgabe der Therapie war klar. Wenn es gelang die verlorene Kraft des rechten Ventrikels wiederzuschaffen, so musste die Compensationsstörung weichen. Es mussten mit anderen Worten einerseits Cyanose und Oedem schwinden, die Töne des rechten Herzens stärker werden; — es mussten andrerseits die Töne des linken Herzens an Lautheit abnehmen, und die Stauung im kleinen Kreislauf verschwinden. Diese Forderungen wurden von Strophantus innerhalb relativ kurzer Zeit in denkbar vollkommener Weise erfüllt, eine Thatsache — welche der Anschauung Openchoffsky's, dass die Wirkung der Digitalisgruppe sich nur auf den grossen Kreislauf erstrecke, in bündiger Weise widerspricht. Sie deckt sich dagegen mit der Meinung G. Sée's, dass das rechte Herz von den Digitalinen mehr betroffen werde als das linke.

Man hätte erwarten können, dass der Blutdruck zur Zeit der Insufficienz des rechten und der gesteigerten Leistungen des linken Ventrikels die relativ grössten Zahlen aufweisen würde, und dass dann mit dem Beginn der Strophantuswirkung diese Zahlen sich fortlaufend kleiner und nach erreichter Ausgleichung am kleinsten gestalten würden. Dem widersprechen die Mittelzahlen für die 3 Perioden der Beobachtungsdauer 149,0 — 142,9 — 155,2. Dafür kann es nur eine Erklärung geben. Durchströmungsversuche an «überlebenden» Organen haben gezeigt, dass Zusatz von Digitalinen zum Blut eine deutliche, nur auf Verengerung des Strombettes zu beziehende Abnahme der Ausflussgeschwindigkeit hervorbringt. Nach Rummo und Ferranini wirken Digitalis sowohl als auch Strophantus durch Steigerung der Arbeitsleistung des Herzmuskels und durch Beeinflussung der Vasoconstrictoren; ersteres wirke hauptsächlich auf letzterem Wege, letzteres gleichmässig auf beiden. In jener Periode, als der rechte Ventrikel einen grossen Theil seiner ihm zukommenden Arbeitsquote wieder bewältigte, und die Stauung im grossen Kreislauf sich verminderte, — muss also an eine stattgehabte erhöhte Thätigkeit der Vasomotoren gedacht werden. Das annähernd unveränderte Verhalten des Blutdrucks trotz der klinisch erwiesenen bedeutenden Abnahme der Arbeitsanspannung des linken Ventrikels ist bei solcher Annahme in hinreichender Weise erklärt.

Demgegenüber ist die Strophantuswirkung auf den Puls in den Mittelzahlen 76—83, 70—73, 74—78 gut erkennbar.

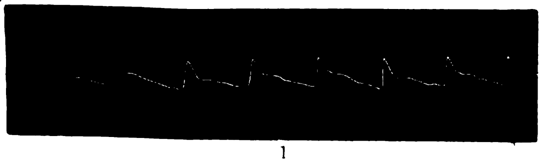
Ein Vergleich der leider nicht unter gleicher Hebelbelastung aufgenommenen Pulscurven lehrt, dass im ersten Stadium (Curve 1 und 2) die Arterienspannung (Asp.) trotz des hohen Blutdruckes (150) relativ sehr niedrig war (Tiefstand und schärfere Ausprägung der Rückstoss-, Undeutlichkeit der Elasticitätselevationen). Im Allgemeinen ist diese Periode charakterisirt durch Verstärkung der Ventrikelcontractionen (Vc) und durch Abnahme der überhaupt niedrigen Asp. beim Uebergang zur stehenden Haltung. Die aus der 2. und 3. Periode stammenden, einander sehr ähnlichen Curven haben alle Zeichen relativ erhöhter Asp. Dabei überwiegt Vc. im Liegen während Wiederherstellung der Compensation mehr (Curve 6 u. 7) als nach deren Erreichung und Herstellung günstigerer Bedingungen für die Arbeit des linken Ventrikels (Curve 13, 14). Die Schwankungen des Blutdruckes waren in immer grössere Abhängigkeit vom gesteigerten Arterientonus gerathen.

Geringen Aenderungen unterlag die Respirationsfrequenz. Es verhielten sich die Mittelzahlen der 3 Perioden wie 20 : 21 : 21,6.

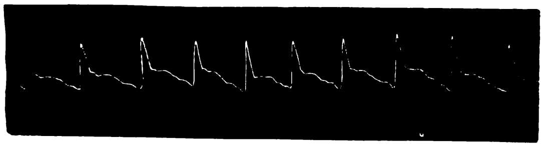
Im Bade fiel der Blutdruck im Mittel aus allen Messungen von 149,1 auf 108,7 — also um 40,4. Während aller 3 Perioden entsprach das Sinken von Bd. im Bade annähernd dieser Durchschnittszahl 40,4; das Wiederaufsteigen im Lauf der $II^1/_2$ Stunde nach dem Bade erfolgte nahezu bis zu dem betreffenden Anfangsmittel. Dagegen nahm die Schnelligkeit des Wiederansteigens innerhalb der ersten halben Stunde nach dem Bade während der 3 Perioden mit fortschreitender Compensationsbesserung stark zu. Die Pulsfrequenz stieg im Bade im Durchschnitt von 72,1—76,5 auf 78,9. Ziehen wir aus beiden ersten Ziffern das Mittel, c = 74,3, so ergiebt sich eine Zunahme von 4,6.

In der Periode vor der Strophantusmedication ist die Zunahme der Pulsfrequenz im Bade am niedrigsten = 1,5; c nimmt nach dem Bade noch zu und bleibt während der ersten Stunde bedeutend höher als zu Anfang des Versuchs. Die Differenzen der Pulsfrequenzen für beide Körperhaltungen bleiben vor und nach dem Bade nahezu gleich. Während der Wiederherstellung der Compensation ist die Pulsfrequenz im Bade im Durchschnitt um 4,6 angewachsen, c ist nach dem Bade in ziemlich gleichbleibender Höhe niedriger als während dessen und nur wenig höher als zu Anfang. Der durchschnittliche Differenzwerth ist gleich nach dem Bade etwas höher, am Ende der ersten Stunde dagegen niedriger als vor dem Bade. Nach erreichter Compensation ist die Pulsfrequenz im Bade am höchsten, im Durchschnitt um 5,2 höher als der anfängliche Mittelwerth; c sinkt in der ersten halben Stunde nach dem Bade bedeutend unter den Anfangswerth, kommt aber am Ende der ersten Stunde diesem wieder nahezu gleich. Dagegen weisen die Differenzen nach dem Bade eine während der ersten Stunde fortlaufende Zunahme auf.

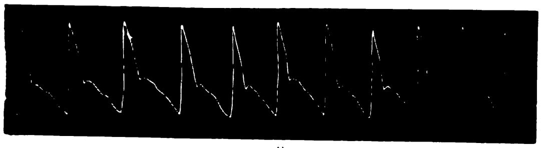
Während der ersten Beobachtungsperiode hat im Bade (Curve 3) die Kraft von Vc. zugenommen. Das Sinken des Bd. ist also durch die starke Abnahme von Asp. begründet. Nach dem Bade (Curve 4) ist Vc. im Liegen schwächer, Asp. stärker geworden. (Aehnlichkeit mit Curve 2) Beim Stehen (Curve 5) ist die Vc. wieder angewachsen, die Rückstosselevation steht aber am tiefsten; Asp. hat mithin noch mehr abgenommen als im Bade. Das warme Bad dieser Periode steigert also die Ventrikelcontractionen, mindert bedeutend die Gefässspannung, so dass letztere im Laufe der ersten halben Stunde nach dem Bade für stehende Haltung noch fortlaufend abnimmt. Während der zweiten Periode ist im Bade der ansteigende Wellenschenkel (Curve 8) trotz geringerer Hebelbelastung niedriger als in Curve 3. Die Ursachen für die Abnahme von Bd. haben sich also gegen früher verschoben; Vc ist schwächer, die Abnahme der Gefässspannung dagegen geringer geworden (Undeutlichkeit der Rückstosselevation, deutliche Elasticitätsschwankungen) 15′ nach dem Bade (Curve 9) hat Vc nur wenig abgenommen. Bd. ist gestiegen, weil Asp. zugenommen hat (stärkere Elasticitätsschwankungen). In beiden Körper-



1



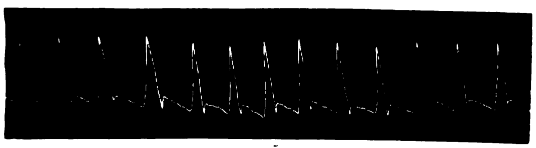
2



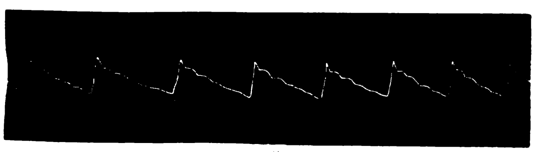
3



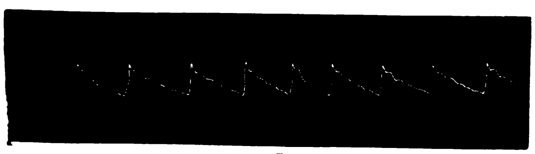
4



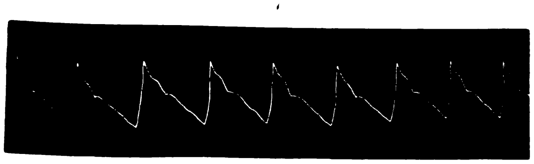
5



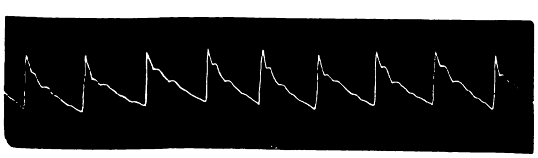
6



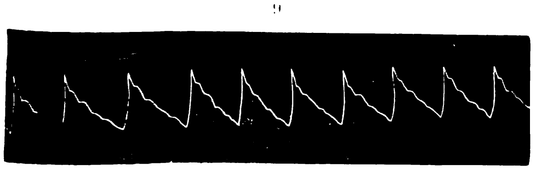
7



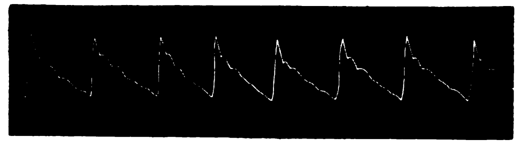
8



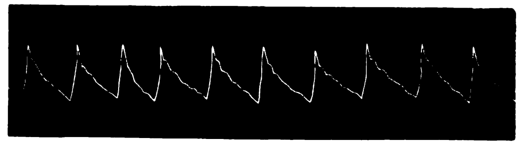
9



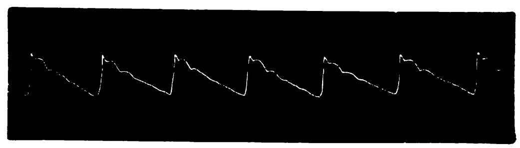
10



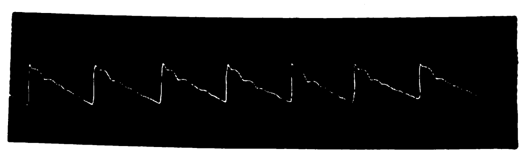
11



12



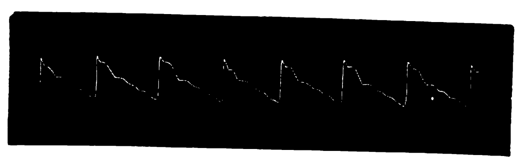
13



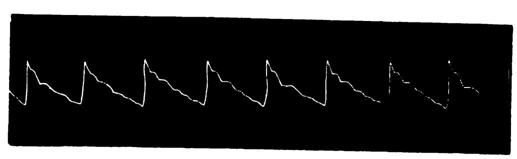
14



15



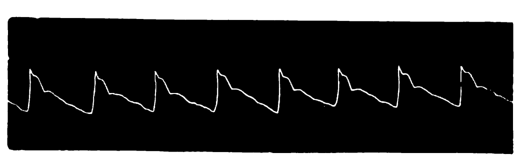
16



17



18



19

haltungen (cf. Curve 9, 10) differirt der Spannungsgrad der Arterien nur wenig, 45′ nach dem Bade hat Bd. beinahe den Anfangswerth erreicht; Vc (Curve 11) ist im Liegen stärker als zu Anfang des Versuchs, fast so stark wie im Bade, Asp. kann nicht mehr viel zugenommen haben (Aehnlichkeit von Curve 9 und 11!). Im Stehen ist Vc nicht so stark wie im Liegen, Asp. wie in Curve 10. Das Bad in dieser Periode steigert während seiner Dauer und nach seiner Beendigung die Herzkraft im Allgemeinen und für die liegende Haltung im Besonderen; die Gefässspannung wird nur im Bade bedeutend vermindert, gleich nach dessen Beendigung kehrt der Gefässtonus wieder, nimmt aber dann in beiden Körperhaltungen im Laufe der ersten Stunde nur sehr allmälig zu, so dass zu Ende dieses Zeitraumes für liegende Haltung der Anfangsdruck durch andauernde Steigerung der Ventrikelcontractionen erreicht wird. Nach erreichter Compensation ist Bd. im Bade wegen stärkerer Abnahme von Asp. (Curve 15) — (nahezu völliges Verschwinden der Elasticitätsschwankungen) trotz erheblicher Steigerung von Vc von 155 auf 95 gefallen. 20′ nach dem Bade ist Bd. auf 113 angestiegen; die Stärke von Vc (Curve 16, 17) ist in beiden Körperhaltungen wieder zur früheren Höhe hinabgesunken, es muss also Asp. bedeutend zugenommen haben. 40′ nach dem Bade ist Bd. = 142; die Herzkraft ist noch immer die gleiche, Asp. ist noch mehr angewachsen (auffallende Aehnlichkeit der Curven 18 und 19 mit 13 und 14!), die Rückstosselevationen sind nur wenig niedriger als in 13 und 14, aber höherstehend als in 16 und 17. Das Bad in dieser Periode steigert also nur während seiner Dauer die Ventrikelcontractionen, nach seiner Beendigung macht sich ein Einfluss auf die Höhe von Vc nicht mehr geltend; die Gefässspannung nimmt im Bade stark ab, erhebt sich aber nachher entsprechend der Rückkehr des Blutdruckes zur Anfangshöhe.

Die A t h m u n g s frequenz sank im Durchschnitt während des Bades, erhob sich darauf über die Anfangsfrequenz und sank dann wieder zur Norm. Dieser Typus wurde auch nach erreichter Compensation eingehalten.

Folgerungen.

1) Zur Zeit der Compensationsstörung stand die Arbeit des linken Ventrikels in directer Abhängigkeit von der Widerstandshöhe im Venenstrom. Uebergang zur stehenden Haltung war daher von Steigerung der Pulsionshöhe und stärkerer Frequenzzunahme der Ventrikelcontractionen begleitet.

2) Der beobachtete therapeutische Effect von Strophantus kann nur auf eine primäre Kräftigung des rechten Herzens und gleichzeitige Hebung des Arterientonus bezogen werden.

3) Mit dem Sinken des Widerstandes von Seiten des Venenstromes und der Entlastung der Arterien des grossen Kreislaufes gerieth die Höhe des Blutdruckes in steigende Abhängigkeit vom Arterientonus. Daraus erklären sich die geringen Durchschnittsschwankungen des Blutdruckes. Beim Uebergang in stehende Haltung reagirte das Herz nach Herstellung mehr gleichmässiger Arbeitstheilung einfach durch mässige Frequenzzunahme seiner Contractionen.

4) Während der Stauungsperiode wurde die Arbeit des linken Ventrikels durch das Bad umsomehr erschwert, je mehr sie vom Widerstande im Venenstrom abhängig war. Also bewirkte das Bad jedes Mal eine der Dauer nach vom Anhalten der Gefässentspannung abhängige Verschiebung der Circulationsverhältnisse in zum erstrebten Ziele direct entgegengesetzter Richtung.

5) In der zweiten und dritten Periode, als die Arbeitsansprüche an den linken Ventrikel günstigere geworden waren, reagirte dieser auf die im Bade eintretende Verlangsamung des Blutlaufs sofort durch qualitative und quantitative Steigerung seiner Contractionen. An dieser Arbeitsvermehrung war aber das ganze Herz betheiligt. Die Ansprüche an den linken Ventrikel beim Uebergang zur stehenden Haltung nahmen in Folge dessen nicht zu, sondern ab. Denn nach Beendigung des Bades wuchs die Arterienspannung dank Steigerung des Arterientonus zur früheren Höhe um so schneller an, je vollständiger die Compensation war. Die Wirkung des Bades war daher namentlich nach vollendeter Compensation eine wohlthätige, weil sie die Action des Herzens ohne Mehrbelastung zeitweilig anregte und dadurch die Muskulatur des Herzens nachhaltig kräftigte.

Referate.

O s c a r S i l b e r m a n n: Ueber Schädigungen des rechten Herzens im Verlaufe des Keuchhustens. (Archiv für Kinderheilkunde Bd. 18).

Verfasser weist zunächst auf das eigenartige Verhalten des Herzens und des Pulses im convulsiven Stadium des Keuchhustens. Der Spitzenstoss wird sehr schwach, der Puls sehr klein, leicht unterdrückbar; die Herztöne sind mit Ausnahme des stark accentuirten 2. Pulmonaltones weniger laut, zuweilen dumpf klingend. Die Pulsfrequenz ist während des Anfalles sehr wechselnd, bald abnorm vermehrt (bis 160), bald vermindert (bis 50). In Fällen von sehr intensiven und langdauernden Attaquen wird eine deutliche Verbreitung des rechten Herzens bis oder über den rechten Sternalrand hinaus beobachtet. S. führt 5 Krankengeschichten an, in welchen die Erweiterung des rechten Herzens verbunden mit Albuminurie sehr prägnant zu Tage trat. Für die Entstehung der Herzdehnung führt S. zwei Momente an: die bis in die Capillarzweige reichende Bronchitis und die heftigen Exspirationsstösse, welche die durch die diffuse Bronchitis bedingte, langsam entstandene venöse Stauung verstärken.

Dilatation des linken Herzens wird nie beobachtet.

A b e l m a n n.

J a c k s o n: Pneumonia treated by icecold application. (Therapeut. Gazette. Bl. für klin. Hydrotherapie 1894. Heft 2.)

J. wickelt den Thorax in ein grosses in Eiswasser getauchtes wohl ausgerungenes Leintuch ein, über welches ein trockenes befestigt wird. Das kalte Tuch wird so oft gewechselt, als Schmerz oder Temperatur es fordern, manchmal alle 5 -10 Min. Das Allgemeinbefinden soll dabei vorzüglich sein und der Verlauf abgekürzt werden. Ref. hat seine Patienten im Uebrigen ebenso behandelt, nur wurde, um das häufige Wechseln zu vermeiden, am Orte der Dämpfung ein oder zwei Eisbeutel zwischen das trockene und das feuchte Tuch befestigt. Die Behandlung wird meist sehr gut vertragen und vermindert die Schmerzhaftigkeit der Athmung und des Hustens. Ich erinnere daran, dass auch der alte F. N i e m e y e r schon lebhaft die Anwendung der Eiscompressen in loco affectus empfahl.

B u c h.

R. H a t s c h e k: Zur Behandlung der Prurigo mit Massage. (Archiv für Dermatologie und Syphilis 1893, H. 6. Bl. f. klin. Hydr. 1894, H. 1.)

Einer Anregung M u r r a y s zu Folge versuchte H. an Kaposis Klinik verschiedene Formen von Prurigo mit Massage zu behandeln und war von der Wirkung sehr befriedigt. Es zeigte sich, dass sowohl die Prurigo mitis als auch die Prurigo aegria durch die einfache streichende Massage der Extremitäten sehr günstig beeinflusst wird. Das Jucken schwindet, die Knötchen involviren sich und auch die Kratzeffecte treten zurück. Auch die trockene Massage lässt dieses Resultat, wenn auch etwas später, als mit Vaselin erkennen. Während die anfänglichen Sitzungen bis zu einer Viertel Stunde ausgedehnt wurden, konnte später jede Sitzung um ein Beträchtliches abgekürzt werden. Doch muss hervorgehoben werden, dass während der Behandlung neue Knötchen auftauchen, die dann der systematisch durchgeführten Cur weichen.

B u c h.

K. M e n g e: Ueber ein bacterienfeindliches Verhalten der Scheidensecrete Nichtschwangerer. Deutsche medicin. Wochenschrift 1894, Nr. 46—48.

Die Untersuchungen des Verf. sind eine Ergänzung der Versuche K r ö n i g s (cf. Ref. in Nr. 48 d. St. Pet. Med. W. 1894) Da die Versuchsanordnung eine analoge war wie in der Arbeit K r ö n i g's, beschränken wir uns darauf, nur die Hauptergebnisse dieser umfangreichen Arbeit anzuführen. M. konnte auch für die Vagina Nichtschwangerer einen «Selbstreinigungsprocess» nach Einbringung verschiedener Mikroorganismen in

die Scheide constatiren. Die Untersuchung des Scheidensecretes von 50 Frauen ergab zunächst nur in einem Falle die Anwesenheit von Streptococcen. Die Uebertragungsversuche ergaben, dass nicht ein Fall zu verzeichnen war, in dem nicht die Scheide sich in kürzerer oder längerer Zeit von den eingetragenen Bacterienmassen wieder befreit hätte. Das ausgesprochen alkalische Secret tötete genau mit derselben Sicherheit die 3 Mikrobenarten (Streptococcus, Staphylococcus und Pyocyaneusbacillen), wie das amphotere und wie das saure. Die Zeit der Selbstreinigung schwankte zwischen $2^{1}/_{2}$ und 70 Stunden. Am Introitus vaginae können sich die Bacterien viel länger halten als im Scheidengrund. Eine Reihe von Factoren, die zum Theil von einander abhängig sind müssen zusammenwirken, wenn die Selbstreinigungskraft der Scheide den pyogenen Infectionserregern gegenüber ihre volle Macht entfalten soll. Wenn man diese Factoren zusammenstellt, so dürfte durch die Reihenfolge: — Gewöhnliche Scheidenbacterien verschiedenster Art, deren Stoffwechselproducte, Säuregehalt, Gewebssaft, Leukocyten, Sauerstoffmangel – ungefähr die Wichtigkeit, die jedem einzelnen beim Selbstreinigungsprocess zukommt, zugleich angegeben sein. Aus den mitgetheilten Resultaten die durch Uebertragungsversuche in das Scheiden- und Cervixsecret nichtschwangerer Frauen gewonnen wurden, zieht Verf. den Schluss, dass eine echte Spontaninfection während der Geburt im Sinne Kaltenbach's nicht existirt und dass, abgesehen vom Gonococcus, Bacterien in der alkalischen Zone des weiblichen Genitalcanals, besonders in dem Cervicalcanal nicht länger zu vegetiren pflegen. W. Beckmann.

Escherich. Die Gaertner'sche Fettmilch, eine neue Methode der Säuglingsernährung.

G. Gaertner. Ueber die Herstellung der Fettmilch. (Wiener med. Wochenschrift 1894, Nr. 44.)

Gaertner ging vom Gedanken aus, dass die verdünnte Kuhmilch fettärmer ist als die Muttermilch. Er folgt also derselben Idee, welche Biedert in seinem Rahmgemenge zu realisiren suchte. Das Biedert'sche Rahmgemenge ist wenig verbreitet wegen der Umständlichkeit und Unsicherheit des Verfahrens der Rahmgewinnung und der Mischung, sowie auch wegen der Furcht, dass in der behufs Aufrahmung aufgestellten Milch besonders zahlreiche Bacterien enthalten seien, welche gefährliche Zersetzungsvorgänge veranlassen können. Die Gärtner'sche Fettmilch enthält 1,76 pCt. Casein, 3 pCt. Fett und 2,4 pCt. Zucker. Durch Hinzufügen von Zucker kann die vollständige Uebereinstimmung in der Zusammensetzung mit der Frauenmilch erreicht werden. Die Versuche, die von Escherich mit dieser Milch angestellt wurden, ergaben, dass diese Milch in kleineren und lockeren Flocken gerinnt als die mit Wasser verdünnte Vollmilch. Die Darmentleerungen darnach sind eher häufiger, schwach sauer und ähneln den Stühlen bei Ernährung mit Brustmilch. Die Milch wird gut genommen und die Kinder entwickeln sich dabei gut. Es trat niemals Obstipation ein. Nur schon früher erkrankte Säuglinge vertragen die Fettmilch schlecht. Die Fettmilch ist im Grunde genommen nichts anderes als eine zweckmässigere Form des Biedert'schen Rahmgemenges, sie wird nach Gaertner mit Hülfe der Centrifuge gewonnen, in welche die noch kuhwarme Milch mit der gleichen Menge warmen Wassers verdünnt, gebracht wird. Beim Centrifugiren wird die innere Flüssigkeitsschicht durch den leichteren Rahm gebildet, während sich aussen die verdünnte Magermilch sammelt. Man führt nun ein Röhrchen in die innere und ein zweites in die äussere Schicht, um sie nach aussen abfliessen zu lassen. Der Abfluss der Milch wird so geregelt, dass die wieder gemischte Milch die oben angegebene Zusammensetzung hat. Escherich ist der Meinung, dass wir mit dieser Milch um einen wesentlichen Schritt unserem Ziele, der Annäherung an die Frauenmilch, näher gekommen sind. W. Beckmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dionys Hellin: Die Ursache der Multiparität der uniparen Thiere überhaupt und der Zwillingsschwangerschaft beim Menschen insbesondere. München 1895, Verlag von Seitz & Schauer.

Die Resultate, zu welchen Verfasser dieser überaus fleissigen, vorwiegend vergleichend anatomisch-embryologischen Studie gelangt ist, sind in Kürze folgende: Die mehrfachen Schwangerschaften der Uniparen entstehen in der Regel durch das gleichzeitige Platzen von mehreren Follikeln. Das Platzen von mehreren Follikeln ist die Folge des Vorhandenseins einer grösseren Zahl von Eiern im Ovarium. Diese Abhängigkeit der Zwillingsschwangerschaften von einer grösseren Quantität von Eiern im Ovarium erklärt uns, warum die Zwillingsmütter gewöhnlich auch sehr fruchtbar sind. Hohe Fruchtbarkeit und Zwillingsschwangerschaft sind nur verschiedene Formen einer und derselben Erscheinung: Daher gelten die für die Fruchtbarkeit maassgebenden Gesetze auch für die Zwillingsgeburten.

Die mehreiige mehrfache Schwangerschaft der Uniparen ist eine atavistische Erscheinung, die einer geringeren Individualisation entspricht. Dobbert.

O. Hertwig: Die Zelle und die Gewebe. (Клѣтка и ткани). Ins Russische übersetzt von Prof. J. Borodin u. Prof. N. Cholodkovski. Mit 168 Abbildungen im Text. St. Petersburg. 1894. Verlag von K. C. Ricker.

Wir freuen uns dieses für jeden Arzt, dessen Gesichtskreis sich nicht nur auf therapeutische Neuigkeiten beschränkt, interessante und lehrreiche Buch auch in russischer Uebersetzung vor uns zu sehen und möchten dieselbe den Collegen auf's Wärmste empfehlen, es wird gewiss Niemand dieses Buch aus der Hand legen, ohne eine erfrischende Belehrung genossen zu haben.

Die Uebersetzung ist durchweg eine gute, die Zahl der Zusätze der Uebersetzer jedoch eine sehr geringe, es hätte uns lohnenswerth erschienen, wenn sie dem Text praktische Winke über die Herstellung so mancher beschriebener Präparate hinzugefügt hätte. Die Ausstattung ist so vorzüglich, wie wir sie von dem Verlage gewohnt sind. O. Petersen.

E. Mandelstamm: Klinische Vorlesungen über Augenkrankheiten. V. (letzte) Lieferung. (Kiew, Kuschnerew & Co. 1894 (russisch).

Wer die bisher erschienenen Lieferungen gelesen hat, wird sich gewiss über das Erscheinen auch dieses Heftes freuen und dabei nur bedauern, dass es das letzte sein soll! Diese Vorlesungen sind eine Zierde der russischen ophthalmologischen Literatur; dem Studenten und dem angehenden Augenarzte sind sie ein vorzügliches Lehrbuch, dem Fachmanne aber bereiten sie einen besonderen Genuss sowohl durch die Klarheit und Objectivität der Darstellung, als auch durch die lebendige Anschaulichkeit der vorgeführten Krankheitsbilder. In dem vorliegenden Hefte werden die Anomalien der Refraction und Accomodation, und die Störungen der Augenmuskeln abgehandelt — für den Unterricht bekanntlich besonders schwierige Capitel. Der geschätzte Verfasser wird auch hier seiner Aufgabe vollkommen gerecht. Leider bleiben bei Abschluss der Vorlesungen die Erkrankungen der Augenlider unberücksichtigt. Wir hätten gerne auch dieses praktisch so wichtige Capitel von so berufener Feder bearbeitet gesehen! B.

Theodor Escherich: Aetiologie und Pathologie der epidemischen Diphtherie. I. Der Diphtheriebacillus. Mit 2 Tafeln und 6 Holzschnitten. Wien 1894. Alfred Hölder. Preis 8 Mark.

Es ist durchaus keine leichte Aufgabe, die sich Verf. gestellt hat — eine ausführliche Darstellung unserer gegenwärtigen Kenntnisse von dem Diphtheriebacillus zu geben; die Literatur dieses im Mittelpunkte des Interesses stehenden Gebietes ist im Verlaufe kurzer Zeit so riesig angeschwollen, dass eine zusammenfassende Darstellung derselben wohl sehr von Nöthen war. E. hat nun diese Lücke in der deutschen medicinischen Literatur ausgefüllt, es ist ihm gelungen ein Werk zu liefern, das unsere rückhaltslose Anerkennung in vollem Maasse verdient. Sowohl die Anlage, als auch die Art der Bearbeitung des Stoffes zeugen von dem rein praktischen Standpunkte des Verf. und von dem ausdauernden Fleisse mit dem er die Literaturangaben gesammelt und seine eigenen Erfahrungen verwerthet hat. Wir wollen hier eine kurze Uebersicht über den reichen Inhalt des Escherich'schen Werkes geben. Das erste Capitel handelt von der Geschichte der aetiologischen Forschung, speciell der Entdeckung des Diphtheriebacillus durch Klebs, die Züchtung der Stäbchen durch Löffler und der weiteren Forschungen anderer Autoren; alsdann giebt Verf. in einer Reihe von Tabellen eine Uebersicht über die von ihm untersuchten Fälle (primäre Rachendiphtherien, primäre Rachen-Kehlkopfdiphtherien, katarrhalische Anginen diphtheritischer Natur, Conjunctiva-Diphtherie, secundäre Diphtherie nach Scharlach, Masern und Keuchhusten). Der 2. Abschnitt beschäftigt sich mit der Morphologie und Biologie des Diphtheriebacillus, der 3. mit den Toxinen desselben. Hier giebt Verf. ein recht klares Referat über die zahlreichen Untersuchungen, betreffend die Natur des Diphtherietoxins, seine Wirkung, seine Eigenschaften und über die immunisirenden Substanzen der Bacillen. Im 4. Capitel bespricht E. die Virulenzschwankungen der Diphtheriebacillen, die Methoden der Virulenzbestimmung und die Beziehung der Virulenz zum klinischen Verlauf der Krankheit. Ein besonderer Abschnitt handelt von dem Hoffmann-Löffler'schen Pseudodiphtherie-Bacillus und von anderen verwandten Arten, wobei die morphologischen und culturellen Unterschiede hervorge-

hoben werden. Sehr eingehend schildert E. die Verbreitung des Diphtheriebacillus in- und ausserhalb des menschlichen Körpers, die Lagerung desselben in den Membranen, das Vorkommen desselben ausserhalb der Membranen und nach Schwund derselben etc. Der letzte Abschnitt beschäftigt sich mit der Bedeutung des Bacillus für die Aetiologie der Diphtherie. Verf. betrachtet den Bacillus als das einzige und einheitliche ätiologische Moment der epidemischen Diphtherie; das vereinzelte Vorkommen der Löffler'schen Bacillen auf der Rachenschleimhaut Gesunder erklärt E. aus dem Mangel der individuellen Disposition. Dem Werke ist ein Verzeichniss der im Texte angeführten Arbeiten, sowie ein Autorenregister beigefügt. Die Ausstattung des Buches ist eine musterhafte.

Abelmann.

Alb. Behr: Medicinischer Taschenkalender für praktische Aerzte. 1895. Riga, Verlag von Jonck und Poliewsky.

Der von C. Förster begründete und in Riga erscheinende medicinische Kalender liegt das zweite mal in Bearbeitung von Dr. A. Behr vor und ist durch Anreihung einiger praktisch wichtiger Capitel erweitert worden. Dazu gehört das Verzeichniss neuerer Arzneimittel, ihre Zusammensetzung und Dosirung, eine Uebersicht über die Dosirung wichtiger Mittel in der Kinderpraxis, ein Kapitel über die Untersuchung des Mageninhaltes, sowie eine Tabelle über den Gehalt der Nahrungsmittel. Ausser diesem neu hinzugekommenen Abschnitte finden sich die zum Bestande eines medicinischen Kalenders gehörigen Capitel über die Symptome und Behandlung der acuten Vergiftungen, die Maximaldosen, eine Uebersicht über die wichtigsten Bade- und Curorte, Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung des Harns, Untersuchungsmethoden auf Bacterien u. v. A. Der erste Theil des Taschenkalenders ist für tägliche Notizen, Adressen etc. bestimmt. Wir wünschen der neubearbeiteten Ausgabe weite Verbreitung nicht allein in baltischen Landen, sondern auch in deutschen ärztlichen Kreisen in der Residenz.

Lingen.

Дюрсенъ: Спутникъ гинеколога. Руководство для студентовъ и врачей. Петербургъ. 1894. Изданіе К. Л. Риккера.

In № 35 dieser Wochenschrift 1893 ist über das gynaecologische Vademecum von Dührssen referirt worden. Heute liegt uns die von C. Ricker besorgte und in dessen Verlag erschienene Uebersetzung in russischer Sprache vor. Druck und Ausstattung sind gut, die Textbilder als gelungen zu bezeichnen. Auf den Inhalt wollen wir nicht nochmals eingehen.

L.

Prof. A. Eulenburg: Encyclopädische Jahrbücher der gesammten Heilkunde. IV. Jahrgang. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1894.

Die encyklopädischen Jahrbücher bilden bekanntlich eine fortlaufende Ergänzung zur berühmten Eulenburg'schen Realencyclopädie. Es werden darin zusammenfassende kritische Besprechungen ausgewählter Capitel aus der gesammten Medicin geliefert. Es muss voll anerkannt werden, dass nicht nur die Auswahl der einzelnen Artikel den jeweiligen Bedürfnissen der Zeit vorzüglich angepasst ist, sondern dass der Herausgeber es auch versteht immer den passendsten Referenten, resp. Kritiker zu finden. Aus dem vorliegenden Band möchten wir von den grösseren Besprechungen folgende als besonders hervorragend namhaft machen, ohne damit die andern in ihrer Bedeutung herabzusetzen: Blutdruck des Menschen, Diphtherie, Fracturverbände, Geburtshindernisse, Herzstoss, Magen, Narkose, Rückenmarkschirurgie, Tripper. Den Besitzern der Realencyclopädie kann die Anschaffung der Encyclopädischen Jahrbücher dringend empfohlen werden.

W.

M. Jaffé: Principien und Technik der heutigen Wundbehandlung. Medicin. Bibliothek für praktische Aerzte 34—36. Leipzig, Druck und Verlag von C. G. Naumann.

Verf. ist überzeugter Anhänger der modernen «Aseptik», wie sie in Deutschland gegenwärtig üblich ist. Sein Buch giebt einen guten Ueberblick über die Entwickelung und die Fundamente der heutigen Wundbehandlung. Besonders angenehm fällt die Objectivität des Verf. auf, die auch gegnerischen Ansichten gerecht wird und sogar ein Capitel «über die Möglichkeit anderer als bakterieller Infectionen» möglich gemacht hat. Auch die vielfachen Hinweise auf nichtbakterielle Einflüsse bei der Wundheilung stehen in angenehmem Gegensatz zu sehr vielen andern Publicationen, die mit grösster Einseitigkeit die Bakterien ganz allein den Heilungsverlauf von Wunden bestimmen lassen und die heutigen Behandlungsmethoden als ideal für alle Zeiten hinstellen wollen. Das Buch sei bestens empfohlen.

Wanach.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 28. September 1894.

Herr Truhart hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Paralyse und Parese der Augenmuskeln.

Einleitend wies Vortragender drauf hin, dass dieses Gebiet nicht nur in die Interessensphäre der Ophthalmologen von Fach, sondern eines jeden praktischen Arztes, sowohl des Chirurgen wie des internen Klinikers hinein gehöre, da die Augenmuskellähmungen eins der wichtigsten Mittel an die Hand böte den Sitz einer Gehirnerkrankung genau zu localisiren. An der Hand einer Reihe von speciell diesem Zweck gewidmeten Tafeln und das Thema illustrirend durch ausgewählte seiner Praxis entnommene casuistische Fälle besprach Vortragender die Lähmungen der die Augenmuskeln versorgenden Nerven, sie als orbitale und intracranielle Lähmungen scheidend. Ein besonderes Gewicht legte er auf die intracraniellen Lähmungen und deren Localisation corticalen, cerebralen und nucleären Ursprungs, gleichzeitig die Localisation eingehend an den Rindentheilen und den tiefergelegenen Centralstellen des Gehirns demonstrirend.

(Der Vortrag wird in einer fachwissenschaftlichen Zeitschrift in extenso publicirt werden).

Herr von Zoege stellt einen Fall von Lymphangiom der Wange, Zunge und Unterlippe vor. Die linke Wange der kleinen 5-jährigen Kranken erscheint erheblich geschwollen und hängt etwas. Die Unterlippe wesentlich vergrössert hängt bis auf das Kinn herab. Die rechte Hälfte der Zunge ist voluminöser, die Papillen sind auf derselben vergrössert. Die Palpation lässt die Geschwulst überall von weicher überaus schlaffer Consistenz erscheinen. Das Gewebe ist compressibel und füllt sich bei Nachlass des Drucks sehr langsam. Die bisherigen einschlägigen Beobachtungen (cf. Wegner) weisen keinen ganz analogen Fall auf. Am häufigsten kommt das Lymphangiom isolirt an der Zunge vor und zwar einseitig und doppelseitig — als sog. Makroglossie. In einem Fall war bei einseitiger Betheiligung der Zunge die Unterlippe zugleich ergriffen und fand sich dazu noch eine Geschwulst der Achselhöhle. Histologisch finde sich eine Erweiterung der Lymphspalten und Vermehrung des interstitiellen Gewebes. Die Lymphspalten confluiren später zu grössern Höhlen, in die sich gelegentlich auch Blut aus mit hineinbezogenen Venen ergösse. Derartige Hohlräume sind in vorliegendem Fall klinisch nicht nachzuweisen. Für die Entstehung der Geschwülste wird eine congenitale oder acquirirte Verlegung der Lymphstämme verantwortlich gemacht. Die Therapie besteht in Excisionen, sobald die Hypertrophie höhere Grade erreicht. Vernarbungen mit dem Paquelinschen Spitzbrenner oder electrischen Strömen sind versucht. Zu bemerken ist noch, dass das Lymphangiom stets einen allmählichen Schwund der Musculatur verursacht, wie auch vorliegender Fall einen solchen an der Lippe und Wange besonders deutlich zeige.

z. Z. Secretair: Robert Koch.

Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar.

5.–7. September 1894.

Zweite Sitzung.

Montag den 5. September 1894. 4 Uhr Nachmittags.

1. Herr Dr. A. Keilmann demonstrirt unter dem Stereoskope Photographien aus dem Gebiete der Gynäkologie: die vorgelegten Bilder entstammen dem Materiale der Breslauer gynäkologischen Klinik, wo jetzt die stereoskopische Darstellungsmethode mit Erfolg executirt werde. Als besonders werthvoll habe sich die Methode für die Operationspraxis erwiesen: Jede beliebige Phase einer Operation wird mittels Momentphotographie fixirt und findet sich nachher unter dem Stereoskope mit einer Plastik reproducirt, die bisher durch keine Darstellungsmethode zu erzielen war.

2. Herr Dr. A. Treu-Sennen hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Casuistik der Uterusruptur» mit nachfolgender Demonstration der geheilten Patientin. (cf. St. Petersb. medicin. Wochenschrift 1894, № 47).

Discussion:

a) Herr Dr. G. von Knorre ist der Ansicht, dass es sich im vorliegenden Falle nicht um eine Uterusruptur sondern um einen violenten Fall von Fornixruptur handelt. Aus der sehr lückenhaften Anamnese sprechen folgende Punkte dafür: 1) Der eigenthümliche Verlauf der Narbe in der Vagina, die 2 Monate post partum constatirt wurde. 2) Die Fühlbarkeit des sich im hinteren Scheidengewölbe spannenden Stranges, welcher angeblich beim Eingehen in den Uterus gesprengt wurde. 3)

Der Mangel von Intoxicationserscheinungen, die doch bei Ausspülung, wenn auch mit noch so schwacher Carbollösung nicht ausgeblieben wären, sobald es sich um eine Uterusruptur gehandelt hätte.

Ferner macht Dr. v. Knorre auf den nicht ganz dem Falle entsprechenden therapeutischen Eingriff der Wendung aufmerksam, der wohl zweckmässiger durch Perforation zu ersetzen gewesen wäre, da seiner Ansicht nach im vorliegenden Falle das Bandl'sche Phänomen wohl schon ausgeprägt sein dürfte.

b) Herr Dr. A. Treu giebt die Möglichkeit zu, dass es sich wenigstens partiell um eine Ruptur im Scheidengewölbe gehandelt haben mag. Unwahrscheinlich ist ihm aber letzteres im Hinblick auf den Umstand, dass sich zwischen Bauchhöhle und Uterushöhle ein fetziger Wundrand fühlen liess.

c) Herr Dr. A. Keilmann: der geschilderte Fall ist aetiologisch als sehr auffallend zu bezeichnen: das Kind war klein, seit vielen Monaten todt und macerirt. Uteruscontractionen sind vom Referenten nicht erwähnt und können, da der Kopf beweglich war auch kaum vorhanden gewesen sein. Der Verlauf spricht in Anbetracht der hochgradigen Zersetzung des Uterusinhaltes desgleichen gegen das Vorhandensein der Ruptur; die Wirkung der Carbolausspülung müsste wohl bei offenem Peritoneum auch eine auffallendere gewesen sein. Der Tastbefund, der vom Referenten geschildert wird spricht auch nicht ohne weiteres für die Ruptur. Das Peritoneum konnte mindestens noch auf den inneren Fingern liegen. Die aetiologische Unklarheit des Falles wird noch erhöht durch das Vorhandensein der Blasenscheidenfistel, für deren Entstehung kein einziger Umstand herangezogen werden kann. Dieses zwingt allerdings, die Frage offen zu lassen, ob nicht Traumen wirksam gewesen sind, die weder anamnestisch noch im Status vom Beobachter festgestellt worden sind. Der Verlauf des Partus bietet ohne Weiteres hierfür keinen Anhaltspunkt.

Interessant ist in diesem Falle jedenfalls, dass das Kind von Anfang December bis zum April todt getragen worden ist und hier wieder einmal gezeigt werden kann, dass Frühtod keine Ursache für Geburt ist. Die wenigen und seltenen Wehen, die den Muttermund auf 4 Querfinger eröffnet haben, sind offenbar durch die Fiebertemperaturen bewirkt worden.

d) Herr Dr. A. Reussner: Möglicherweise bestanden von einer früheren Geburt herrührende Narbenreste. Fand nun Sprengung der Narbe statt, so lag ein durch 2 Geburten complicirtes Bild vor. Undenkbar erscheint die Sprengung der Scheide durch Einführung der Finger, wobei doch beträchtlicher Widerstand gefühlt und durch den Eingang in die Bauchhöhle oder Gebärmutter eine Veränderung der augenblicklichen Handstellung verursacht werden musste.

e) Herr Dr. A. Treu weist den Zweifel Dr Keilmanns an der stattgehabten Ruptur überhaupt, zurück und erklärt mit Bestimmtheit, dass er thatsächlich mit der Hand in der Bauchhöhle gewesen ist.

Dr. Reussners Annahme, dass abnorme Verhältnisse, speciell auch die Blasenscheidenfistel, von einer früheren Geburt herstammen, wird durch die Anamnese widerlegt.

3. Herr Dr. G. v. Knorre hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Gravidität im rudimentären Nebenhorn» mit Demonstration von Spirituspräparaten. (Erscheint in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

4. Herr Dr. Keilmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Diätetik der ersten Lebenswoche». (Erscheint in der «Deutschen med. Wochenschr.»).

Vortragender theilt mit, dass die neuesten Untersuchungen in der Hallenser und Breslauer gynäkologischen Klinik eine übernormale Körpertemperatur bei Neugeborenen constatirt hätten, die erst nach Ablauf der ersten Lebenswoche schwinde. Er habe nun in der Voraussetzung, dass unzweckmässige Heilungsverhältnisse des Nabels Gelegenheit zur Invasion von Krankheitserregern geben in diesem Sinne Untersuchungen in der Breslauer gynäkologischen Klinik vorgenommen. Die Ueberlegung dass ein möglichst schnelles Abtrocknen des Nabelschnurstumpfes, somit Verheilen unter dem Schorfe und Mangel an entzündlichen und infectiösen Processen nur bei möglichst trockener Behandlung der Kinder eintreten könne, veranlasste den Vortragenden, einem Theile der Neugeborenen die täglichen Bäder für den Verlauf der ersten Lebenswoche zu entziehen. Der Erfolg dieses Experimentes war ein unzweideutiger: die nicht gebadeten Kinder hatten normale Körpertemperatur im Gegensatze zu den gebadeten und wiesen eine günstigere Gewichtskurve auf als die gebadeten. Vortragender hält es auf Grund obiger Beobachtungen für geboten, das Baden der Säuglinge fortzulassen bis zur Verheilung des Nabels, die erforderliche Säuberung aber auf anderem Wege zu bewerkstelligen.

Discussion:

a) Herr Dr. Sadikoff fragt, ob auch das erste Bad nach der Geburt weggelassen werden soll?

b) Herr Dr. Keilmann: Das erste Bad nach der Geburt muss natürlich vorgenommen werden und birgt wenig Infectionsmöglichkeit, da es vom Arzte überwacht werden kann.

c) Herr Dr. E. Fischer wendet sich an Dr. Keilmann mit der Frage, ob er nicht zuweilen die Fiebererscheinungen bei Kindern in der ersten Lebenswoche auf Darmkatarrh, Magenerkrankungen oder Infection im Munde, wie etwa Soor, hat zurückführen können?

Die Abschaffung der Bäder in der Bauernpraxis hält Redner für gefährlich, da eine andere gründliche Reinigung unter den gegebenen Verhältnissen nicht gut durchführbar erscheint. Vorauszusetzen ist, dass gewisse infectiöse Hautkrankheiten, wie etwa die Furunculose häufig auf Unterlassung des Badens resp. ungenügendes Baden zurückzuführen ist.

d) Herr Dr. Keilmann: nach eigenen und Anderer Beobachtungen und Untersuchungen ist für die Fiebererscheinungen der Neugeborenen gerade die Nabelerkrankung als einzig denkbare Ursache zu betrachten. Die Furcht vor Furunculose ist nicht nur unbegründet sondern wird gerade durch Fortlassung des Badens gebannt. Furunculose hat Infection zur Bedingung; eine solche kann aber nur als Allgemeininfection von der Nabelwunde aus oder zweitens durch Localaffection von der Haut aus zu Stande kommen. Beide Möglichkeiten aber werden durch das Baden begünstigt. Die «geringen Temperatursteigerungen», die bei gebadeten Kindern vorkommen, müssen durchaus ernst angesehen werden und die geringste Infection kann die schwersten Folgen haben. Dazu ist die Infection der Augen durch Badewasser nicht minder möglich.

e) Herr Docent Dr. Krüger ist der Ansicht, dass die von Dr. Fischer angeführte Furunculose wohl häufiger Infection von aussen zur Ursache hat und zwar sei diese Ursache, wie Dr. Keilmann annimmt, in den «unsauberen» Bädern zu suchen. Redner führt folgende von ihm gemachte diesbezügliche Beobachtung an: es handelte sich um eine local-epidemisch aufgetretene Furunculose. Bei näherer Nachforschung liessen sich die Infectionen zweifelsohne auf eine schmutzige durchseuchte Badestube zurückführen. Nachdem die Badestube geschlossen worden war, hörte die Epidemie auf; es kamen keine Neuerkrankungen mehr vor.

f) Herr Prof. Dr. Dehio: In Kliniken und Krankenhäusern, wo die Kinder reinlich gehalten werden, mag man sehr wohl die täglichen Bäder der Neugeborenen entbehren können; allein unter den Verhältnissen der einfachen und erst recht der ärmlichen Bevölkerungsklassen werden die Kinder oft so schmutzig gehalten, dass es besser ist, sie täglich zu baden und die Excremente auf der Haut der Säuglinge nicht antrocknen zu lassen.

g) Herr Dr. Keilmann: Eine Sicherheit für Sauberkeit liegt auch im täglichen Bade nicht, denn auch nicht 24 Stunden soll das Kind im Schmutz liegen.

h) Herr Dr. Reussner erkennt die Ursache der vorübergehenden Temperatursteigerung bei Säuglingen nicht in der Phlebitis der Nabelgefässe sondern in der Blutzersetzung. Sollte Sepsis die Ursache der Temperaturerhöhung sein, so wäre gleichzeitig anzunehmen, dass die Krankheit in gewissem Maasse Fortschritte erkennen lässt, — wenigstens in dem einen oder anderen Falle.

i) Herr Dr. Keilmann: Blutzersetzung als Grund des Fiebers anzunehmen, ist eine völlig in der Luft schwebende Hypothese, während die Untersuchungen von Runge der Betrachtung und Werthschätzung der Nabelerkrankungen festen Boden verleihen. Aus ihnen lässt sich die Ansicht bilden, dass die Nabelerkrankung mindestens eine wichtigere Ursache der Infection und damit des Fiebers darstellt, als die Blutzersetzung.

k) Herr Dr. v. Stryk: Abgesehen von dem Uebrigen, was unser Interesse im Vortrage des Dr. Keilmann beansprucht, müssen wir ihm Dank wissen dass er uns anregt, das kritiklose Baden der Neugeborenen aufzugeben und hier wie anders nur auf Indication hin zu baden, die Säuberung des Säuglings aber auf andere Weise zu besorgen, was in der besseren Praxis auf keine Hindernisse stossen kann.

5. Herr Prof. Dr. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «Zur Therapie der Phthisis». (cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1894, № 44).

Discussion:

a) Herr Dr. A. Treu schliesst sich den Anschauungen des Vortragenden an und referirt einen Fall, der unter analogen therapeutischen Verhältnissen eine Gewichtszunahme von 30 Pfund und bisher $2^1/_2$ Jahre andauernde Heilung aufzuweisen hatte.

b) Herr Dr. Hampeln schliesst sich den Ausführungen des Vortragenden über die grosse Bedeutung der hygienisch-diätetischen Behandlung der Phthise an, auch hält er es für wünschenswerth und durchführbar, dass hier zu Lande Sanatorien für Phthisiker errichtet werden. Dennoch müsste nach seiner Meinung, — sollte man nur auf diesen Weg angewiesen sein und bleiben, — unsre Lage als eine recht trostlose bezeichnet werden, trotz aller unleugbaren Erfolge, die doch thatsächlich meist vorübergehende, trügerische sind. Was übrigens auf diesem Wege erreicht werden kann, sei auch als bereits erreicht anzusehen. Dieses ist aber herzlich wenig.

Um so grössere Beachtung scheint darum jetzt wie früher die grossartige Entdeckung Koch's der wirklich causalen, das Uebel an der Wurzel angreifenden Behandlung mit dem Tuberculin zu verdienen. So sehr ihr die anfänglichen Uebertreibungen, unmotivirte Begeisterung, der ganze Freudentaumel geschadet haben, der wahre Kern der Sache ist nicht wegzustreiten. Und zwar scheint die Wahrheit d. h. die Möglichkeit erfolgreicher Behandlung der Tuberculose mit dem Tuberculin nicht blos richtig calculirt, sondern als solche auch praktisch erfahren worden zu sein. Dasselbe gilt nach Meinung Redners von dem jetzt mit allgemeinem Schweigen aufgenommenen Klebs'schen Tuberculocidin resp. Antiphthisin; seine Erfahrungen gaben ihm Gelegenheit, sich von der imponirenden Wirkung auch dieser Behandlung zu überzeugen.

Danach würde es ihm als ein grosser Fehler erscheinen, wollte man die so glänzend inaugurirte causale Behandlung der Phthise als überwundenen Irrthum abthun. Im Gegentheil, Theorie und eine wenn auch junge Praxis sprechen für die Wahrheit dieser Therapie, wenngleich diese Wahrheit bei dem anfänglich unsinnigen, uns unbegreiflichen, auch von uns nicht getheilten Enthusiasmus freilich bis zur Unkenntlichkeit getrieben worden ist. Man hüte sich aber, mit der Beseitigung des anfänglich vorherrschenden Missverständnisses auch zugleich das richtige Verständniss des wahren Kernes der Sache zu verlieren.

6. Herr Dr. M. Treymann ist amtlich verhindert zu erscheinen und muss daher der von ihm angekündigte Vortrag: «Die Laparotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen städtischen Krankenhauses» fortfallen.

7. Herr Dr. L. Kessler's angekündigter Vortrag: «Ueber die Wichtigkeit der frühzeitigen Erkennung des Gebärmutterkrebses» wird auf die letzte Sitzung verlegt, da Dr. Kessler am heutigen Erscheinen amtlich verhindert ist.

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Dr. S. Unterberger, bisher Oberarzt am Leib-Garde Grenadier Regimente zu Pferde in Peterhof, ist auf den höheren Posten eines Oberarztes des Militärhospitals zu Zarskoe Selo (200 Betten) übergeführt worden.

Dr. Unterberger hat 10 Jahre am Grenadierregimente gedient und sich dort allgemeine Liebe und Anerkennung erworben. Ein Abschiedsfest, das vom Officierscorp des Regiments zu Ehren Unterbergers veranstaltet wurde, beehrten auch der Hohe Chef des Regiments S. Kaiserliche Hoheit Grossfürst Dimitri Konstantinowitsch, und der Herzog Georg von Meklenburg-Strelitz, mit ihrer Gegenwart.

Zum Andenken an das Regiment wurde dem Scheidenden ein werthvolles Geschenk überreicht.

— Der Professor der Staatsarzneikunde und Hygiene an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Bernhard Körber, hat, wie wir der «N. D. Ztg.» entnehmen, am 21. Januar seine nach Ausdienung von 30 Jahren unterm 12. Januar erfolgte Entlassung als Professor erhalten.

In der ersten Hälfte seiner Dienstzeit als Marinearzt thätig, wurde Körber im Jahre 1879 als ordentlicher Professor der Staatsarzneikunde an die Dorpater Universität berufen, an welcher er somit 15 Jahre als academischer Lehrer mit Gewissenhaftigkeit und aufopfernder Hingebung gewirkt hat. Ein grosses Verdienst um die Baltische Hochschule hat er sich namentlich dadurch erworben, dass er trotz mannigfacher Schwierigkeiten und zum grössten Theil auf eigene Kosten ein gerichtsärztliches und hygienisches Institut an derselben geschaffen hat. Auch die Stadt Jurjew (Dorpat) ist ihm als Leiter der Bekämpfung der letzten Choleraepidemie, sowie als Förderer hygienischer Fortschritte zu grossem Dank verpflichtet.

— Verabschiedet: der Gehülfe des Medicinalinspectors des Kronstädter Hafens, Staatsrath Dr. P. J. Ssadokow, unter gleichzeitiger Beförderung zum wirklichen Staatsrath.

— Verstorben: 1) Am 18. Januar in Suram (Gouvern. Tiflis) der frühere Oberarzt des örtlichen Militärlazareths, wirkl. Staatsrath Dr. Eduard Stahlberg. Der Hingeschiedene stammte aus Riga und hatte seine medicinische Ausbildung an der medico chirurgischen Academie erhalten, an welcher er auch den Arztgrad im Jahre 1858 erlangte. Nachdem er sodann als Arzt im Kirgisenlande sich mit der Heilkraft des Kumyss bekannt gemacht hatte, gründete er in Zarskoje Sselo eine Kumyss-Heilanstalt, welche noch gegenwärtig unter der Leitung Dr. Ebermanns florirt. Während des letzten russisch-türkischen Krieges war Stahlberg bei der kaukasischen Armee als Militärarzt thätig und wurde nach Beendigung des Feldzuges nach Abas-Tuman, dann nach Suram versetzt, wo er die Stelle eines Oberarztes an den örtlichen Militärhospitälern bekleidete. Erst vor 2 Wochen nahm er wegen Krankheit seinen Abschied. 2) In Alexandropol der dortige Kreisarzt W. J. Gulbinski im Alter von 74 Jahren. Der Verstorbene war nach Absolvirung seiner Studien in Kiew (i. J. 1851) Militärarzt im Kaukasus geworden und hat seine ganze Dienstzeit dort in verschiedenen Stellungen verbracht. 3) In Atschinsk (Gouv. Jenissei) der dortige Gefängnissarzt J. P. Smirnow am Typhus, mit dem er sich im Gefängniss inficirt hatte. Der Heimgegangene hatte erst im vorigen Jahre den Cursus an der Tomsker Universität absolvirt.

— Der frühere Dorpater Kliniker und jetzige Director des städtischen Krankenhauses in Magdeburg, Prof. Dr. Unverricht, ist zum Medicinalrath und Mitglied des Medicinalcollegiums der Provinz Sachsen ernannt worden.

— Am 19. August dieses Jahres läuft die Frist ab für die Einlieferung von Concursarbeiten zum Andenken an Kaiser Alexander II., die von der russischen Gesellschaft des Rothen Kreuzes ausgeschrieben worden sind. Für die besten Arbeiten, welche die Linderung der Leiden verwundeter und kranker Krieger zum Gegenstand haben, sind 2 Prämien im Betrage von 1000 und 500 Rbl. ausgesetzt. Genaue Angaben über die Bedingungen des Concurses werden auf Verlangen gratis von der Kanzellei der Hauptverwaltung der Gesellschaft (St. Petersburg, Инженерная 9) geliefert.

— Am 6. März a. c. vollenden sich 25 Jahre seit Professor N. W. Skliffossofski seine erste Vorlesung gehalten hat. Der «Wratsch» ist überzeugt, dass alle Schüler, Collegen und Verehrer des bekannten russischen Chirurgen den Tag festlich begehen werden.

— Dem Herausgeber und Redacteur des Journals «Chirurgitscheski Westnik», Ehren-Leibchirurgen Dr. Weljaminow, ist von der Oberpressverwaltung gestattet worden, sein Journal in «Chirurgitscheski Archiv» umzubenennen und dasselbe statt allmonatlich, nur vier Mal jährlich erscheinen zu lassen. Diese chirurgische Zeitschrift wurde bereits vor 10 Jahren von Dr. Weljaminow begründet.

— Prof. Dr. Behring ist vom Grossherzog von Mecklenburg-Schwerin, dessen Gast er während seines Aufenthalts in Cannes mehrmals war, in Anerkennung seiner Verdienste das Ehrenkreuz des Greifen-Ordens verliehen worden.

— Vier Privatdocenten der Berliner medicinischen Facultät haben den Professortitel erhalten. Es sind die Docenten: DDr. Goldscheider und Kroenig, welche vor Kurzem zu dirigirenden Aerzten an den inneren Abtheilungen der städtischen Krankenhäuser berufen wurden, sowie die Docenten Dr. Immanuel Munk (Physiologe) und Dr. Leopold Landau (Gynäkologe).

— Die Professoren der Wiener Universität Dr. E. Albert (Chirurg) und Dr. H. Freiherr v. Widerhofer (Pädiater) sind zu Mitgliedern des österreichischen Herrenhauses ernannt worden.

— Von Verehrern des Wiener Klinikers Prof. Nothnagel ist ein Betrag von 50,000 Gulden zu einer «Nothnagel-Stiftung» an der Wiener Universität gesammelt worden. Vor Kurzem hat nun das Sammel-Comité Prof. Nothnagel davon in Kenntniss gesetzt, dass obiger Betrag zur Verfügung stehe, und ihn gebeten, nach seinem Ermessen die Creirung einer Stipendienstiftung zu übernehmen. Als Wünsche der Stifter wurden betont, dass die Stiftung den Namen «Nothnagel-Stiftung» tragen und für Studenten aller Confessionen zugänglich sein solle.

— Das Londoner General Medical Council hat den Arzt R. M. Theobald von der Liste der Aerzte gestrichen, weil er das Buch des Grafen Mattei über «Electrohomöopathische Medicin» übersetzt und dessen Mittel empfohlen und auch in seiner Praxis angewandt hatte. Der Umstand, dass die Matteischen Mittel Geheimmittel sind, verbietet den englischen approbirten Aerzten deren Anwendung. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Russische Freie Oeconomische Societät hat beschlossen, zehn Aerzte behufs Vornahme der Vernichtung der Feldmäuse mit Reinculturen des Löffler'schen Mäusetyphus-Bacillus anzustellen. Diese Aerzte sollen zuerst auf Kosten der Societät einen Cursus der Bacteriologie im Institut für Experimental-Medicin durchmachen und dann in verschiedene Ortschaften Russlands abdelegirt werden, um die Landwirthe in der Anwendung der Löffler'schen Bacillen zur Vernichtung der Mäuse zu instruiren. Die Ausgaben sind auf 5750 Rbl. veranschlagt. (Syn Otetschestwa—Wr.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Januar 1895. 6870 (140 mehr als in der Vorwoche), darunter 308 Typhus — (35 mehr), 835 Syphilis — (27 mehr), 131 Scharlach (1 mehr.), 39 Diphtherie — (5 mehr), 22 Masern (= d. Vorw.) und 10 Pockenkranke (4 weniger).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. Januar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
304	275	579	130	47	89	15	8	15	31	70	43	56	36	25	14	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 10, Scharlach 17, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 0, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 49, Todtgeborene 29.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 31. Januar 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. Februar 1895.

Довв. ценз. Спб. 28 Января 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, 4. (16.) Februar **1895**

Inhalt: Ferdinand Buchholz: Die bisherigen Erfahrungen in der Serumtherapie im Stadtkrankenhause zu Riga. — C. Ströhmberg: Die Choleraepidemie im Посадъ Черный 1894. — Referate: L. Fürst: Grundzüge einer systematischen Diphtherie-Prophylaxis. — William Moser (New-York): Aktinomycosis der Leber. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Paul de Terra: Repetitorium der Zahnheilkunde. — W. Allan Jamieson: Die Hautkrankheiten. — Der Irrenfreund. Psychiatrische Monatsschrift für praktische Aerzte. — W. Prausnitz: Grundzüge der Hygiene. — Vermischtes. — Vacanzen. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die bisherigen Erfahrungen in der Serumtherapie im Stadtkrankenhause zu Riga.

Vortrag, gehalten in der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga am 18. Januar 1895.

Von

Dr. med. Ferdinand Buchholz.
Assistenzarzt.

M. H.! In der letzten Zeit ist schon eine grosse Menge von Publicationen erschienen, welche die theils aus einem grösseren, theils aus einem kleineren Krankenmaterial mit dem Heilserum gewonnenen Resultate demonstriren. Einzelne Autoren finden keine, andere dagegen wieder, und das ist die Mehrzahl, eine sehr günstige Beeinflussung der Diphtherieerkrankungen. Eine Einigung hat sich bisher nicht erzielen lassen. Auch die grosse Berliner Debatte hat keine Klärung herbeiführen können, und augenblicklich ist wohl ein jeder Arzt überzeugt, dass nur eine Jahre lange, in den verschiedensten Gegenden nach denselben Gesichtspunkten gesammelte Statistik die definitive Entscheidung über den Werth resp. Unwerth der Serumtherapie herbeiführen kann.

Wenn ich es dennoch, einem freundlichen Auftrage meines verehrten Chefs, des Herrn Dr. Max Schmidt folgend, versuchen will, Ihnen die bisherigen Erfahrungen in der neu aufgebrachten Therapie mitzutheilen, welche wir aus einer kleinen Anzahl von Diphtheriefällen im Stadtkrankenhause gesammelt haben, so weiss ich, dass ich zur Serumfrage selbst nur einen verschwindend kleinen Beitrag liefern kann, dagegen glaube ich aber, dass das locale Interesse eine solche Mittheilung wohl gerechtfertigt erscheinen lässt.

Das Serum ist bisher 10 Mal angewandt worden: 9 Mal bei Kindern, 1 Mal bei einer erwachsenen Person. Davon kann aber 1 Fall meiner Meinung nach für die Serumbehandlung nicht in Betracht kommen, weil das Kind 3 Stunden nach der Injection bei der Tracheotomie zu Grunde ging.

Es handelte sich um ein $2^1/_3$ Jahre altes Mädchen, das am 3. Tage nach der nachweisbaren Erkrankung mit den klinischen Zeichen der Diphtherie und mit mässig starker Larynxstenose ins Krankenhaus gebracht wurde. Es erhielt Serum III ($^1/_1$) in den Rücken. Nach 3 Stunden hatten die Erscheinungen soweit zugenommen, dass die Tracheotomie ausgeführt werden musste. Das Kind erhielt einige wenige Tropfen Chloroform, athmete dabei ruhig. Die Weichtheile wurden schnell durchtrennt, obgleich das Kind etwas reagirte. In demselben Moment, wo die Trachea eröffnet und die Canüle eingelegt wurde, trat ein plötzlicher Stillstand des Herzens und der Respiration ein. Campher-, Aetherinjectionen, lange fortgesetzte künstliche Respiration ohne Erfolg.

Obgleich nun die Section nicht ausgeführt werden konnte, kann man doch einen verderblichen Einfluss des Serums wohl mit Sicherheit ausschliessen, weil seit der Injection eine so kurze Zeit verstrichen war und weil der Tod unter Erscheinungen eintrat, wie sie bisher im Krankenhause durchschnittlich 1 Mal jährlich beobachtet wurden, — offenbar durch einen reflectorischen Herzstillstand.

Mithin bleiben nur 9 Fälle nach, und ich will Ihnen nun der besseren Uebersicht wegen die wichtigsten Punkte aus den Krankengeschichten derselben kurz referiren.

I. A. G. 5 a. n., ist bisher stets gesund gewesen, erkrankte am 8. November 1894 mit Heiserkeit und leichtem Husten; seit dem 12. November stärkerer Husten, Appetitmangel, Athembeschwerden. Am 13. November als am 5. Krankheitstage Eintritt ins Krankenhaus.

Es war ein gut genährtes, kräftiges, leicht anämisches Kind, Puls 148. Mastdarmtemperatur 39,1°, bei der Inspiration Stenosengeräusch, leichte Einziehung der unteren Thoraxapertur, bellender Husten, bei den Hustenstössen auch recht starke Einziehungen.

Der Rachen sonst garnicht geröthet, am weichen Gaumenrande beiderseits dicke, weissliche, sehr festhaftende Membranen. Am Halse auf jeder Seite 2 geschwellte Drüsen von mittlerer Consistenz. Ueber den Lungen vesiculäres Athmen, keine Rhonchi. Urin leicht eiweisshaltig.

Die bacteriologische Untersuchung ergiebt Culturen von Löffler'schen Bacillen.

¹/₄5 Uhr nachmittags wird an 2 Stellen des Rückens Behring I (¹/₁) injicirt. 6 Stunden darauf wird eine grosse, derbe Membran ausgehustet. Das Kind, das im Laufe des Nachmittags und des Abends ziemlich unruhig gewesen ist, nicht geschlafen hat, schläft nun ein, das Stenosengeräusch geschwunden.

Am nächsten Morgen Temp. 38,9° Puls 138, ganz freie Athmung. Das Kind hat mit gutem Appetit getrunken und gegessen, während am vorhergehenden Morgen garkein Appetit vorhanden gewesen war. Ueber den Lungen spärliche Rhonchi. Die Membranen an den Gaumenbögen und die Drüsen sind unverändert.

Abends Temp. 38,0. Am Tage sind bei reichlicher Expectoration mehrere Membranen ausgehustet worden.

Am 15. Nov. d. h. 40 Stunden nach der Injection, Temp. 37,8 Puls 112. Athmung ruhig, Appetit gut, Submaxillardrüsen deutlich verkleinert, Beläge viel dünner. Am 3. Tage nach der Injection finden sich nur noch Reste der Beläge.

Bis zu der am 12. Tage auf Wunsch der Mutter erfolgten Entlassung beträgt die abendliche Mastdarmtemp. 37,4—37,5, der Puls schwankt zwischen 96 und 108, das Eiweiss schwindet, die Stimme wird klar, Rachen und Lungen sind normal. Allgemeinbefinden bleibt sehr gut, Appetit und Schlaf ungestört.

Am 6. Tage nach der Injection trat um beide Injectionsstellen je ein handtellergrosses, stark geröthetes, leicht erhabenes Erythem auf, welches das Allgemeinbefinden nicht störte und nach 12 Stunden wieder geschwunden war.

II. P. S. 2 a. n. ist sonst gesund gewesen. In der Nacht vom 31. December auf den 1. Januar fiel der Mutter der etwas unruhige Schlaf und das etwas schnarchende Athmen des Kindes auf. Am nächsten Morgen Heiserkeit. Seit dem Abend des 1. Januar deutliche Stenose, die allmählich zunimmt. Am 3. Jan., also 48 Stunden nach der Erkrankung, Eintritt ins Krankenhaus.

Kräftiges, gut genährtes, etwas blasses Kind. Temp. 37,5 Puls wegen Unruhe nicht bestimmbar. Athmung etwas mühsam, deutliches Stenosengeräusch, in der Ruhe ganz leichte Einziehung der unteren Thoraxapertur, bei Erregung recht starke Einziehung des Jugulums und des Sternums. Beide Tonsillen, rechts stärker als links, von flachen, festhaftenden, scharfrandig begrenzten, gelblichen Belägen bedeckt. Rachen nicht geröthet. Submaxillardrüsen leicht geschwellt. Der Urin enthält Eiweiss in Spuren. Die bacteriologische Untersuchung ergiebt Culturen von Löffler'schen Bacillen.

Injection in den Rücken Behring III (¹/₁). 8 Stunden darauf T. 37,6 Puls 92, das Kind ist eingeschlafen, im Schlaf keine Athmungsbehinderung, beim Erwachen starkes Stenosengeräusch ohne deutliche Einziehung. Im Laufe des Tages isst Pat. genügend und schläft längere Zeit im Zusammenhang. Abends T. 37,6 P. 124.

4. Jan. 30 Stunden nach der Injection T. 37,3 P. 100 trotz Erregung, die Nacht hat Pat. gut geschlafen, sehr gut geathmet, vortrefflicher Appetit, Stimme recht klar. Beläge dünner und kleiner.

Am 4. Tage nach der Injection Urin eiweissfrei, am 5. Tage sind nur noch kleine Reste des Belags vorhanden. Am 6. Tage leichtes Fehlschlucken von Flüssigkeiten, das am nächsten Tage wieder schwindet.

Am 8. Tage wird Patient entlassen, Appetit und Schlaf vortrefflich, die Mastdarmtemp. vom 4. Tage an nicht über 37,0, Puls zwischen 88 und 116. In den Krypten der Tonsillen ganz kleine Auflagerungen noch nachweisbar.

3 Tage darauf sind letztere auch geschwunden.

III. A. D. 1 Jahr 5 Mon. alt. Am 27. und 28. Dec. leichte Unruhe, Appetitmangel, seit dem 29. Dec. Stenose. Am 30. Dec. morgens, als am 4. Krankheitstage, Eintritt ins Krankenhaus.

Schwächliches, anämisches Kind, auf beiden Tonsillen und auf dem weichen Gaumen weissliche Beläge, Stenosengeräusch, Einziehung der unteren Thoraxapertur. T. 38,2. Rachen nicht geröthet.

Injection in den Rücken Behring III (¹/₁). Die Mutter verlässt in Folge dessen mit dem Kinde sofort das Krankenhaus. Am nächsten Tage suchte ich das Kind auf. Es wies eine recht starke Stenose auf. 3 Tage nach der Injection fand ich das Kind am Tisch sitzend, spielend, mit ganz freier Athmung. Nach Aussage der Mutter habe eine sehr reichliche Expectoration bestanden und bald habe sich auch guter Appetit und Schlaf eingestellt.

Am 9. Tage nach der Injection hustete das Kind noch etwas, doch war es ganz munter. Die Mutter gab an, dass am 5. Tage nach der Injection ein Exanthem, bestehend aus kleinen Pünktchen am ganzen Körper eingetreten sei, das Kind sei diesen und den nächsten Tag recht apathisch gewesen, und habe Stenosengeräusch, Appetitmangel wieder bestanden. Nachdem diese Verschlechterung 2 Tage angehalten, sei allmählich wieder Besserung eingetreten.

Eine genauere Besichtigung des Kindes war mir nicht gestattet. Da es sich am 13. Krankheitstage ganz wohl fühlte, ist es wohl als genesen zu betrachten, zumal mir der Vater fest versprochen hatte, bei der geringsten Verschlimmerung des Zustandes sofort Nachricht zu geben.

Obgleich keine bacteriologische Untersuchung gemacht werden konnte, so ist die Diagnose Diphtherie doch zweifellos.

IV. E. K. 6 a. n., bezog am 5. December 1894 einer recht starken Variola wegen das Krankenhaus. Am 17. December, als die Abtrocknung der Pusteln schon recht vorgeschritten, die Temp. normal war, trat eine leichte Heiserkeit auf. Die laryngoskopische Untersuchung wegen Unruhe des Kindes nicht möglich. Am 18. December Abends Temp. 38,1 Rachen leicht geröthet, kein Belag, Submaxillardrüsen leicht geschwellt, leises inspiratorisches Stenosengeräusch. Das Kind wird isolirt, erhält den Leiter'schen Kühler um den Hals. Am 19. December, als am 3. Tage, Temp. 38,0 Puls 146. Pat. ist unruhig, Fauces mässig geröthet, gering geschwellt, links an der Uebergangsstelle des hinteren Gaumensegels auf die Rachenwand ein hellgelber, glatter, scharfrandig begrenzter Belag. Deutliche inspiratorische Einziehung der Weichtheile am Thorax. Injection von Behring II (¹/₁) an 2 Stellen des Rückens.

Die Athemnoth steigert sich und nach 3 Stunden kommt es zu einem so heftigen Erstickungsanfall, dass sofort die Tracheotomia inf. ausgeführt wird. Aus der Trachea entleeren sich Membranen (am nächsten Tage lassen sich daraus Culturen von Löffler'schen Bacillen nachweisen). Abends Temper. 38,8 Puls 136.

Am nächsten Morgen Temp. 38,7. Puls 124. Auf den Fauces, auf beiden Tonsillen kleine gelbliche Membranen. Der grosse Belag von gestern bis auf einige Spuren fast ganz geschwunden. Urin mässig eiweisshaltig. Abends T. 39,5. Puls 140.

Am 2. Tage nach der Injection Temp. 37,8 Puls 116. Allgemeinbefinden befriedigend. Aus der Canüle werden Membranfetzen entleert. Die Schleimhaut der Fauces ist sehr succulent, sondert viel Schleim ab. Auf beiden Tonsillen je ein kleines Fleckchen Belag. Der Urin enthält 0,25 °/₀₀ Eiweiss.

Abends T. 38,3 Puls 122. Injection von Serum I (¹/₁) in die Bauchhaut. Am Tage darauf d. i. am 3. Tage nach der 1. Injection T. 37,2 Puls 96, reichliche Expectoration von Schleim und Membranfetzen. Auf der rechten Tonsille noch ein kleines weisses Fleckchen.

Am 4. Tage nach der 1. Injection ist der Belag vollständig geschwunden, die Canüle lässt sich verschliessen.

Am 5. Tage klagt Pat. über Frostgefühl T. 39,6, objectiv nichts nachweisbar, 3 Stunden darauf beträgt die Temp. 37,9 und sinkt noch weiter. Da das Kind seit 24 Stunden mit verschlossener Canüle geathmet hat, so wird letztere entfernt.

Die Fistel schliesst sich allmählich und ist am 10. Tage nach der Herausnahme der Canüle nicht mehr durchgängig. An demselben Tage beginnt das linke Ohr zu fliessen. Das Eiweiss nimmt allmählich ab.

Am 12. Januar kein Ohrenfluss, kein Eiweiss, abendliche Mastdarmtemperatur bis 37,5 resp. 37,6. Gutes Allgemeinbefinden, guter Schlaf, guter Appetit. Das Kind wird am 13. Januar genesen entlassen.

V. J. G. 3¹/₂ a. n., ist stets sehr schwächlich gewesen, vor 2 Jahren Lungenentzündung. Nachdem einige Tage vorher schon leichter Husten bestanden hatte, stellten sich am 1. Jan. Kopfschmerz, Erbrechen, Mattigkeit, stärkerer Husten ein. Am 2. Jan., Halsschmerzen, Appetitmangel, keine Athembeschwerden. Am 4. Januar, als am 4. Krankheitstage Eintritt ins Krankenhaus.

Mässig genährtes, zartes Kind, T. 39,7 Puls 130. Hautdecken rein, Athmung beschleunigt, Larynx frei, recht viel Husten. Fauces, speciell Tonsillen und Gaumensegel etwas geschwellt und von einem weisslichen flachen Belage bedeckt, der locker sitzt und an den Stellen, wo er sich abstreift, eine blutende Fläche zurücklässt, zugehörige Drüsen kaum geschwellt. Auf den Lungen beiderseits ziemlich gleich vertheilt reichliche mittelfeine Rhonchi. Urin eiweissfrei. Am nächsten Morgen T. 39.6 Puls 148, kein Exanthem, der Belag hat sich etwas mehr ausgebreitet. Da die Culturen Löffler'sche Bacillen ergeben, wird Behring III (¹/₁) in den Rücken injicirt. Abends T. 39,8 Puls 136.

Am Tage nach der Injection T. 39,7 Puls 120, viel Husten, der Belag ist in denselben Grenzen geblieben, sieht dicker und massiger aus, sitzt ganz locker auf der Schleimhaut, die beim Abstreifen des Belags blutet. Ueber der rechten Lunge hinten oben gedämpfter Schall und dichtes mittelgrosses Rasseln. Urin leicht eiweisshaltig. Abends T. 39,8 Puls 132.

Am 2. Tage nach der Injection T. 38,3, leichter Schweiss, Puls 108. R. h. o. die Dämpfung geringer, weniger Rhonchi, am lateralen Rande der Spina scapulae hauchendes Athmen. Die dicken, gelben, lockern Beläge sind geschwunden und es erweisen sich die Tonsillen und die angrenzenden Theile der vordern Gaumenbögen bis zur Uvula von einem hellgrauen dünnen Belage bedeckt. Abends T. 39,4 Puls 120.

Am 3. Tage T. 37,5 Puls 96. Die Beläge auf den Fauces stossen sich wieder ab und hinterlassen blutende Schleimhaut. Abends T. 39,0 Puls 116.

Am 4. Tage T. 37,7 Puls 92. Der Belag zum grossen Theil abgestossen. Abends T. 38,0 Puls 120. Die Lungenerscheinungen gehen allmählich zurück.

Am 8. Tage nach der Injection T. 37,6 Puls 84, auf den Fauces noch Reste des Belags. Lungenbefund nahezu völlig normal.

Am 15. Tage wird Pat. entlassen, Puls ruhig, Appetit recht gut, Rachen normal.

VI. J. G. 3 a. n. erkrankte am 11 Jan. mit leichtem Husten, Halsschmerz, etwas Heiserkeit; seit dem 12. Jan. Abends zuweilen recht schweres Athmen. Am 3. Tage Eintritt ins Krankenhaus.

Kräftiges, gut genährtes Kind, T. 37,6 mässige Heiserkeit, bei Erregung tönendes Inspirium. Beiderseits auf den hintern Gaumenbögen dicke grauliche Beläge von über Bohnengrösse. Epiglottis leicht geschwellt. Lungen frei, Submaxillardrüsen leicht geschwellt, Urin eiweissfrei.

3 Uhr nachmittags wird Behring II (1/1) in die Bauchhaut injicirt.

Am nächsten Tage T. 37,6. Die Beläge erscheinen etwas dicker, haben sich nicht weiter ausgebreitet. Guter Schlaf, ziemlich guter Appetit.

Am 2. Tage nach der Injection stossen sich die Beläge ab. Bei Erregung noch leises inspiratorisches Geräusch hörbar.

Am 3. Tage sind die Beläge vollständig geschwunden, Respiration lautlos, Submaxillardrüsen nicht deutlich geschwellt, Urin eiweissfrei, gutes Allgemeinbefinden.

Pat. wird am 19. Jan. entlassen. Bis dahin ausser leicht subfebriler Mastdarmtemperatur gutes Allgemeinbefinden, guter Appetit, freie Athmung, so dass das Kind als genesen zu betrachten ist.

VII. E. D. 16½ a. n. Pat. kommt hochgradig dyspnoisch ins Krankenhaus, da eine grosse Struma vorliegt wird in der chirurgischen Abtheilung sofort die Tracheotomie ausgeführt. Später giebt die Mutter an, dass Pat. seit 2 Jahren kränkele, huste, das Sputum sei dazwischen blutig gefärbt gewesen, zuweilen hätten Nachtschweisse bestanden. Seit 8 Tagen sei der Husten stärker geworden, Pat. habe sich unwohler, als sonst gefühlt, seit 2 Tagen Athembeschwerden. Am Tage nach der Tracheotomie ist die Athmung wieder erschwert, die Canüle ist vollgestopft mit derbem Schleim und membranösen Fetzen. Auf beiden Tonsillen ein schleierhafter Belag. Die Canüle wird gewechselt und Pat. in die Diphtherieabtheilung übergeführt.

Pat. ist mässig gut genährt, sehr anämisch, hat einen faustgrossen Kropf. Thorax etwas flach, Claviculargruben leicht eingesunken. Ueber den Spitzen der Lungen gedämpfter Schall, rechts mehr als links, nirgends deutliche Rasselgeräusche. Rechts an der hintern Rachenwand ein unregelmässig gestalteter festhaftender kleiner Belag. An mehreren Stellen der Tonsillen und der Rachenwand sieht die Schleimhaut etwas graulich aus. Epiglottis leicht geschwellt, Arygegend geröthet und geschwellt, ebenso die Taschenbänder und das linke Stimmband, während das linke weiss ist. Keine Membranen. Urin eiweissfrei. T. 38,8 Puls 148. Am Tage darauf ist die Athmung wieder schwerer, es wird Behring III (1/1) in die Bauchhaut injicirt. Gleich darauf ein hochgradiger Erstickungsanfall. Endlich werden grössere Klumpen glasigen Schleims ausgeworfen, wodurch die Athmung wieder freier wird. Abends T. 40,0 Puls 128. Urin beim Kochen opalescirend. Tuberkelbacillen im Sputum nicht vorhanden.

Am nächsten Tage nach der Injection T. 39,0 Puls 124, Pat. hat die Nacht etwas besser geschlafen und am Morgen etwas gegessen. Auf beiden Tonsillen flache, weisse festhaftende Beläge. Ueber der untern Partie der rechten Lunge vorn und hinten tympanitischer Schall, Athmungsgeräusche wegen der Canülenathmung nicht sicher bestimmbar.

Es wird Behring II (1/1) in die Bauchhaut injicirt. Abends T. 38,5 Puls 120. In den nächsten Tagen bleibt die Temperatur hoch, die Athmung zuweilen erschwert, der Urin enthält Eiweiss in Spuren.

Am 4. Tage nach der 1. Injection tritt, nachdem mehrere Stunden das Athmen wieder sehr mühsam gewesen war, ein Erstickungsanfall auf, dem Pat. erliegt.

Die Section ergiebt eine mannsfaustgrosse Struma. Auf der Rachenschleimhaut keine diphtheritische Veränderung. Schleimhaut des Larynx graubläulich und blassgelblich gefleckt. Die Lig. epiglot., die Stimmbänder leicht geschwellt ohne Defecte oder Beläge. An der vorderen Larynxwand ein umfangreicher tiefgreifender Defect, in dessen Grunde man, die Tracheotomiewunde nach abwärts hin begrenzend, die beiden Seitentheile der Cart. thyreoid. blosliegen sieht. Diese sind hellglänzend, unverändert. Gleich unterhalb des grossen Defects finden sich an der rechten Seite des Larynx dem Ringknorpel entsprechend und 2 Cm. abwärts etwa dem 3. und 5. Trachealringe entsprechend noch 2, ebenfalls bis auf den Knorpel gehende Defecte, und unter den letzteren und an der hinteren und linken Trachealwand einige oberflächliche defecte Schleimhautstellen. Auf den Defecten ein abstreifbarer körniger fibrinöser Belag. Die rechte Lunge durch geringe Mengen fibrinös eitrigen Exsudats mit der Costalpleura verklebt. Der ganze Mittellappen, sowie die unteren 2 Drittheile des Unterlappens etwas voluminöser, als normal. Auf dem Durchschnitt die oedematöse blassgraue und pneumonisch morsche Lungensubstanz durchsetzt von dichtgestellten zum Theil mit einander confluirenden blassgelben Herden. Diese haben eine festere Consistenz, als die zwischen ihnen befindliche Lungensubstanz, prominiren etwas über die Oberfläche und haben ein feinkörniges Gefüge. Es scheint sich bei allen um peribronchitische pneumonische Herde frischer Bildung zu handeln. In den Bronchien reichlich eitriges Secret, nirgends Zerfall, Abscedirung, Einschmelzung, kein übler Geruch. Die linke Lunge, der rechte Oberlappen, die übrigen Organe normal, auch die Nieren weisen keine auffallenden Veränderungen auf.

Die bacteriologische Untersuchung des Secrets, von den Tonsillen genommen, ergiebt viele Coccen und nur einzelne Stäbchen, im Trachealschleim finden sich nur Coccen. Die aus dem Larynx, der Trachea und der Lunge der Leiche angelegten Culturen weisen nur Coccen auf.

Der Lungenbefund bei der Obduction sprach auch für eine Streptococcenpneumonie.

Dazu kam noch, dass vor der Seruminjection die Krankheit wahrscheinlich schon ca. 9 Tage bestanden hatte.

Also Ueberwiegen von Coccen und später Beginn der Behandlung! zwei Umstände, von denen der eine nach Behring allein schon genügt, um die Serumtherapie in der Regel illusorisch zu machen. Ausserdem litt Pat. noch an einer grossen Struma und eventuell auch an Tuberculose. Die bacteriologischen Untersuchungen darüber sind noch nicht abgeschlossen.

So sehen wir denn hier trotz zweier Injectionen ausser einer kurz andauernden Besserung des subjectiven Befindens keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf.

Von den beiden letzten Fällen kann ich Ihnen noch nichts Sicheres mittheilen, weil sie erst vorgestern in die Behandlung gekommen sind.

Das eine Kind, 1 Jahr 1 Monat alt, trat am 6. Krankheitstage ein, recht starke Stenose, die ganze hintere Rachenwand, ein Theil der Gaumenbögen und der Tonsillen mit einem festhaftenden Belage bedeckt.

Injection in die Bauchhaut Behring III (1/1). Nach 6 Stunden hat die Stenose noch mehr zugenommen, die Lippen leicht cyanotisch. Tracheotomia inf.

Heute sieht dieses Kind rosig aus, hat die Nacht recht gut geschlafen, reichlich expectorirt, reichlich Milch getrunken. Der Belag zum grossen Theil abgestossen.

Das andere Kind, 1 Jahr 9 Mon. alt, kam, angeblich am 2. Krankheitstage, so hochgradig dyspnoisch in's Krankenhaus, dass ich sofort die Tracheotomie ausführen musste. Puls 160. Auf der linken Tonsille ein kleiner grauer Schleier.

Nach der Tracheotomie Injection in den Rücken von Behring I (1/1), nach 8 Stunden wiederum dieselbe Dosis. (Die stärkste Dosis III, die in diesem Fall indicirt war, konnte, weil eben nicht vorräthig, nicht angewandt werden).

Heute zeigt das Kind gleichfalls nach reichlich eingetretener Expectoration eine gute Gesichtsfarbe. Puls 124. Im Rachen kein Belag. Die Nacht gut geschlafen, reichlich Milch getrunken.

Also auch in diesen beiden Fällen nach der Injection gutes Allgemeinbefinden, guter Schlaf, guter Appetit, reichliche Expectoration und schneller Schwund der Beläge.

Die Injectionen wurden bei sehr unruhigen Kindern in das subcutane Gewebe des Rückens, sonst in das des Abdomens gemacht. Enthielt das Fläschchen Serum 10 gr. so wurde der Inhalt auf 2 Stellen vertheilt. Aus dem Abdomen erfolgte die Resorption nach ca. 3 Std., aus dem Rücken nach ca. 5 Stunden.

Ueber Schmerzhaftigkeit wurde nie geklagt. Ein Abscess ist nie entstanden.

Die Injectionen wurden 1 Mal am 2. Tage, 3 Mal am 3. Tage, 2 Mal am 4. Tage, 1 Mal am 5, 1 Mal am 6. und 1 Mal wahrscheinlich erst am 9. Tage der nachweisbaren Erkrankung ausgeführt.

Von 8 Kindern waren 4 zwei Jahre alt, resp. jünger.

Fassen wir die wichtigsten Punkte nochmals zusammen, so finden wir Folgendes:

In 3 Fällen ging eine vollständig ausgebildete Larynxstenose wieder zurück.

Als im vergangenen Monat Herr Dr. Schmidt seinen ersten mit Serum behandelten Diphtheriefall aus der Privatpraxis hier referirte, wo auch eine Larynxstenose wieder geschwunden war, gab er an, ein ähnliches Vorkommen während 7 Jahre im Krankenhause nur 4—5

Mal beobachtet zu haben. Von den damals anwesenden Herrn konnten auch nur vereinzelte Fälle angeführt werden, ich habe dieses während meiner 9-monatlichen Assistentenzeit an der Infectionsabtheilung kein Mal gesehen, und nun lässt sich unter 10 Fällen, in denen die Serumtherapie angewandt wurde, wenn ich den Fall aus der Privatpraxis des Herrn Dr. Schmidt mitrechne, 4 Mal ein schnelles Freiwerden des Kehlkopfs constatiren. Das ist doch jedenfalls sehr auffällig, und ich glaube, man geht in seiner Skepsis wohl zu weit, wenn man dieses als etwas nur Zufälliges auffasst.

Im Falle VI, wo eine Larynxstenose im allerersten Beginn bestand, bildete sich dieselbe nicht weiter aus.

Im Falle IV, wo kurze Zeit nach der Einspritzung die Tracheotomie erforderlich war, liess sich die Canüle schon am 4. Tage ohne jegliche Reaction von Seiten des Kindes verschliessen.

Eine reichliche Expectoration bald nach der Injection liess sich 5 Mal wahrnehmen.

Die Beläge im Rachen verkleinerten sich deutlich am nächsten, spätestens am 2. Tage nach der Anwendung des Serums, nur im tödtlich verlaufenden Fall hatte die Injection keinen Einfluss auf den Belag. (Der Fall III konnte darauf nicht untersucht werden.)

Eiweiss im Urin fand sich 3 Mal vor, und 3 Mal erst nach der Injection, 1 Mal blieb der eiweissfreie Harn auch nach der Injection eiweissfrei. 2 Mal konnte vor eingeleiteter Serumtherapie der Urin nicht erhalten werden.

Ob in den 3 Fällen das Serum nun am Auftreten des Eiweisses die Schuld trägt, oder ob die Diphtherie die Nieren schon so weit verändert hatte, lässt sich natürlich nicht eruiren. Die Albuminurie war recht gering — eine stärkere Schädigung der Nieren lag jedenfalls nicht vor.

Die Temperaturen verhielten sich so wechselnd, dass sich aus diesen wenigen Fällen kein einheitliches Resultat erzielen liess.

Der Puls wurde bald nach der Injection langsamer und voller, doch kamen abendliche Steigerungen der Frequenz über 100 auch in den späteren Tagen noch vor.

Das Allgemeinbefinden, der Schlaf, der Appetit besserten sich bald nach eingeleiteter Therapie ausnahmslos, auch sogar im Falle VII.

Von Nebenerscheinungen finden wir im Falle I ein geringfügiges Erythem. Im Falle III scheinen dieselben allerdings recht schwer gewesen zu sein, doch wurde die Genesung, und das ist doch die Hauptsache, dadurch nicht vereitelt. Das Frostgefühl mit einer einmaligen hohen Temperatursteigerung im Falle IV ist wohl mit der später sichtbar werdenden Otitis media in Zusammenhang zu bringen. Was die Aetiologie der letzteren gewesen ist, ob die Diphtherie oder die Variola, lässt sich nicht sicher entscheiden.

Von Lähmungen haben wir ausser des einen Tag lang bestehenden leichten Fehlschluckens von Flüssigkeiten nichts gesehen.

Schutzimpfungen sind nicht vorgenommen worden.

Eine locale Behandlung der Diphtherie fand nicht statt. Neben dem Serum wurden wie früher der Leiter'sche Kühler, Inhalationen, innerlich Jodnatrium angewandt.

Einen Vergleich mit den früheren Erfahrungen gestattet diese kleine Zahl nicht. Das muss einer späteren Zeit überlassen werden. Nicht unerwähnt lassen möchte ich nur, dass, nachdem im Sommer fast alle Tracheotomirten genasen, wir in den letzten Monaten vor Beginn der Serumbehandlung von 9 Tracheotomirten alle mit einer einzigen Ausnahme verloren haben.

M. H. Kurz ist die Reihe der Beobachtungen, die ich Ihnen habe vorführen können. Ich glaube aber, Sie werden doch den Eindruck erhalten haben, dass die mit Serum behandelten Diphtheriefälle einen eigenartigen, einander so ähnlichen Verlauf darboten. Es erscheint mir zweifellos, dass dieser Verlauf durch das Serum bedingt war und nicht durch die anderen nebenbei angewandten symptomatischen Mittel, aus dem einfachen Grunde schon, weil wir früher, wo wir auf letztere allein angewiesen waren, ein solches Bild nicht erhalten haben. Der Einfluss war ein durchaus günstiger. Von 7 genügend beobachteten Fällen ist 1 Fall, der für die Serumbehandlung schon an und für sich aussichtslos war, gestorben, 6 sind genesen. Dieses Resultat, neben den vielen anderen günstigen Mittheilungen, fordert doch, glaube ich, auch uns auf, die begonnene Prüfung weiter fortzusetzen. Dazu anzuregen, das ist der Zweck dieser Erörterung

Die Choleraepidemie im Посадъ Черный 1894.

Nach einem in der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 2. November 1894 gehaltenen Vortrage.

Von

Dr. C. Ströhmberg.

Das westliche Ufer des Peipus ist verhältnissmässig stark bevölkert. Etwa 20 Dörfer umsäumen dieses Ufer, stellenweise zusammenfliessend, und 5 bis 10 Werst lange, fast ununterbrochene Häuserreihen bildend. Eine solche fast ununterbrochene Reihe direct in einander übergehender Dörfer liegt am nördlichen Theile des Ufers, sich von Särits bis Tschorna erstreckend, welches letztere Dorf mit seinen 400 Häusern und seinen 3700 Einwohnern mit zu den grössten Dörfern der Reihe gehört.

Dieses Dorf liegt dicht am Ufer des Peipus an der Mündung des Luige-Baches auf einer flachen nur um wenige Fuss über den See sich erhebenden Düne, hinter welcher sich ein sumpfiges Weideland hinzieht. Die zum grössten Theile ärmliche Bevölkerung zieht während des Sommers theils auf Arbeit aus, sich mit Maurer-, Pflasterer- oder Holzarbeit beschäftigend oder aber mit Gärtnerei, Gemüse-, Fisch- und Holzhandel. Der Haupterwerb bestand früher in der Fischerei, welche auch jetzt noch in diesem Dorfe eine grosse Rolle spielt, und viele Einwohner dazu veranlasst für den Sommer das Dorf zu verlassen, da der Peipus nicht mehr die frühere reiche Beute gewährt.[1]) 1000 und mehr der arbeitsfähigen Männer verlassen auf diese Art für den Sommer das Dorf, um sich weit und breit ihre Beschäftigung zu suchen. Die zum grossen Theile russische Bevölkerung besteht aus Rechtgläubigen und den Angehörigen zweier Secten: der Старообрядцы und Единовѣрцы, auch einige lutherische Esten leben in dem Dorfe. Das Innere der Häuser ist verhältnissmässig sauber; allein die Umgebung derselben: die Höfe, Strassen und das Ufer des Sees wie des Flusses sind stark mit Abfallstoffen des Haushaltes verunreinigt. Dieser Umstand wie nicht minder die sumpfige Beschaffenheit der Nachbarschaft tragen dazu bei, dass das Wasser in den flachen Brunnen und im Bach ungeniessbar ist, weshalb die Mehrzahl der Dorfbewohner das Seewasser zum Genuss und für den Hausbedarf benutzt. Nichts desto weniger wird auch vielfach Brunnen- und Flusswasser von solchen Einwohnern benutzt, denen das letztere leichter zu erreichen ist.

So sieht der Ort aus, in welchen bei der heissen, regenreichen Witterung des vorigen Sommers durch 2 im Hafen von Kronstadt mit Cholera inficirte und von dort flüchtende Tschornasche Fischer die Cholera eingeschleppt wurde, noch bevor das Bestehen der Cholera in Kronstadt bekannt geworden war. Der Eine derselben erkrankte am 8. Juni während des Fischfanges auf dem Meere zwischen Kronstadt und Petersburg und wurde Veranlassung der schleunigen Heimkehr des mit 4 Fischern bemannten Bootes. Auf dem Heimwege erkrankte der 2. Fischer und als das Boot nach glücklicher Fahrt am 10. Juni Mittags in Tschorna eintraf, brachte es dem Dorfe 2 schwere Cholerakranke, die am 12. Juni starben. Die anscheinend gesund gebliebenen Fischer haben wahrscheinlich während der Fahrt und nach ihrer Ankunft im Dorfe an Cholerine gelitten. In Tschorna wurde bei meiner Ankunft am 12. Juni, am Todestage der beiden Kranken, die Desinfection des Bootes, welches im Bache in der Nähe der Mündung mit dem Bug auf's Ufer gezogen lag, die Desinfection des Cholerahauses, Beobachtung der 2 gesunden Fischer, sowie Desinfection ihrer Ausleerungen angeordnet, ferner wurden die Bewoh-

[1]) Viele Einwohner von Tschorna gehen zu Boot die Narova hinab in den finnischen Meerbusen, um auf der Rhede von Kronstadt Fischfang zu treiben.

ner vor dem Gebrauch des inficirten Flusswassers gewarnt und ein zeitweiliges Choleralazareth bereit gemacht für den Fall, dass noch weitere Erkrankungen vorkommen sollten; endlich wurde in allen Dörfern am westlichen Peipusufer eine Controle über die aus der Ferne ankommenden Böte angeordnet. In dieser Weise hofften wir die Krankheit im Keime erstickt zu haben, das Lazareth erschien uns beinahe überflüssig und höchstens für etwa aufs Neue eingeschleppte Fälle erforderlich.

Indess schon am 20. und 21. Juni bewiesen 2 neue Erkrankungen örtlicher Einwohner, welche den Ort im Laufe des Sommers nicht verlassen hatten, dass unsere Hoffnung zu sanguinisch gewesen war. Die beiden Erkrankten wohnten in verschiedenen Häusern etwa eine Werst entfernt von dem Hause der am 12. Verstorbenen. Es liess sich eruiren, dass die Erkrankungen sehr bald nach reichlichem Genusse ungekochten Seewassers erfolgt waren. Das Wasser stammte in beiden Fällen vom flachen Seeufer und war in der Entfernung einiger Faden von dem Orte geschöpft worden, an welchem das Boot der krank im Orte angelangten Gebrüder Kalinin nach der Desinfection zum Austrocknen an's Ufer gezogen worden war. Nachdem ich erfahren habe, dass die Desinfection dieses Bootes nicht in der vorgeschriebenen Art ausgeführt worden war, indem man verabsäumt hatte, die Aussenseite desselben mit Kalkmilch zu tünchen, halte ich es für wahrscheinlich, dass diese Erkrankungen durch jenes Boot bedingt worden sind, obgleich ich anfangs aus nahe liegenden Gründen lieber an einen anderen Ursprung der Infection gedacht hätte. Es trat nun wieder eine längere Pause der Erkrankungen ein, die jedoch, wie ich später zeigen werde, nur eine scheinbare gewesen ist.

Obgleich ich in Sorge um den inficirten Ort noch am 1. Juli dort gewesen war und mir auf meine persönliche Umfrage der Bescheid zu Theil geworden war, dass seit dem 21. Juni keine weiteren Erkrankungen vorgekommen seien, wurden am 3. Juli plötzlich 4 entfernt von den ersten Kranken an verschiedenen Punkten des Dorfes Wohnende von der Cholera befallen. Zwei derselben waren bis zum 7. Juli bereits gestorben, als ich behufs Feststellung etwa verschwiegener Fälle mir aus den Kirchenbüchern der 4 am Orte vorhandenen Gemeinden Auszüge bezüglich der vom 10. Juni bis zum 7. Juli Verstorbenen vorlegen liess. Es stellte sich heraus, dass in diesem Zeitraume 19 Todesfälle vorgekommen waren. Berücksichtigt man, dass von den 3700 Einwohnern des Dorfes etwa 1000 während des Sommers abwesend sind, so ergäbe 19 von 2700 in einem Monate eine Sterblichkeit von 84 pCt. pro anno anstatt der normalen Sterblichkeit von 25,5 pCt. in Livland, bei welcher etwa 7 im Laufe eines Monats hätten sterben können. Fügt man zu dieser Zahl 7 die uns bekannt gewordenen 6 Choleratodesfälle hinzu, so hätten wir 13 Todesfälle haben dürfen, und die Annahme lag nahe, dass die übrigen 6 Todesfälle auch auf Rechnung der Cholera kamen. Wie das auch früher bei Gelegenheit meiner Besuche des 67 Werst von Dorpat entfernten Ortes geschehen war, wurde nun auch dieses Mal die bereits 2 Jahre vor dem Erscheinen der Cholera unter Hinzuziehung einer grossen Zahl der örtlichen Einwohner constituirte Sanitäts-Commission zusammenberufen, um Namen für Namen die Todtenliste durchzunehmen.

Anfangs hörte man bei dieser Enquête: «этотъ умеръ отъ старости», eine Antwort, die ich nach meinen bisherigen Erfahrungen als charakteristisch für derartige Enqueten bezeichnen muss, durch die sich aber der Arzt nicht irre machen lassen darf. Bei näherer Nachforschung nach der Dauer der dem Tode vorhergegangenen Krankheit und der Symptome in den einzelnen Fällen wurde es evident, dass in der That auch bei diesen kleinen Zahlen sich die Mortalitätsstatistik als zuverlässiger Maasstab erwiesen hatte. Wir hatten es mit der betrübenden Thatsache zu thun, dass trotz rechtzeitig constituirter Sanitäts-Commission, in deren Sitzungen die Cholera und die erforderlichen Maassregeln in populärer Weise besprochen und discutirt worden waren und zwar in Gegenwart einer beträchtlichen Zahl örtlicher Einwohner, im Laufe eines Monates 6 Choleratodesfälle, also mindestens 12 schwere Erkrankungen, verschwiegen worden waren und dass kein einziger Cholerinefall in ärztliche Behandlung gekommen war, obgleich am Orte ständig ein Arzt und ein приставъ ihren Wohnsitz haben. Wenn unter solchen Umständen beim Erscheinen der Epidemie die gesetzliche Anzeigepflicht nicht zu erreichen gewesen war, so war es bezüglich der nun weiter zu ergreifenden Maassregeln klar, dass für eine rigorose Durchführung sanitärer Maassregeln zur schleunigen Bekämpfung der Epidemie der geeignete feste Boden fehlte und eine solche bei dem bestehenden Misstrauen der Bevölkerung leicht einen derartigen Unwillen derselben hätte hervorrufen können, zu dessen Beschwichtigung Extramaassregeln hätten erforderlich werden können. In der That war die Stimmung der Bevölkerung nicht nur durch die Ansicht bedingt, dass gegenüber der Cholera die ärztliche Hilfe machtlos sei, sondern auch durch den Argwohn, dass die Aerzte die Cholera ausstreuen. Dieser Argwohn äusserte sich nicht allein dadurch, dass die Kranken verheimlicht wurden und die weiblichen Einwohner des Dorfes bei der Begegnung mit den Aerzten und Sanitären, sei es nun zufällig auf der Strasse, sei es im Hause, sich den Mund mit ihrem Tuche oder der Hand bedeckten, sondern auch in directen mit dem Ausdruck der Feindseligkeit und der Furcht mehr oder weniger grob ausgesprochenen Aeusserungen und Beleidigungen der Aerzte und Sanitäre. Bei der Unmöglichkeit ohne einen grossen, an Ort und Stelle nicht zu Gebote stehenden Apparat das geschilderte hauptsächliche Hinderniss bei der Bekämpfung der um sich greifenden Epidemie auf administrativem Wege schnell zu beseitigen, galt es nun das Vertrauen der in Vorurtheilen befangenen Bevölkerung zu gewinnen, also eine Aufgabe erfüllen, die den humanen Bestrebungen des Arztes entspricht; die Bevölkerung war nicht allein therapeutisch, sondern auch psychisch zu behandeln, die Argwöhnischen durften dem Arzte nicht als Feinde, sondern als von einer krankhaften Idee Befangene gelten, die nicht weniger seines Rathes und seines beruhigenden Einflusses bedurften, als die von der Cholera Befallenen. Durch furchtloses Benehmen und selbstverleugnende Pflege der Kranken nicht nur im Lazareth, welches der Bevölkerung unsympathisch war, sondern auch in den zerstreut liegenden Hütten gelang es bis zum 10. Juli dem stud. med. Roger Baron Budberg das Vertrauen der Bevölkerung zu erwerben. Die Cholerinefälle suchten ärztliche Hülfe, das Verheimlichen der Kranken hörte auf und in einigen Wochen gewöhnte sich der grösste Theil der Bevölkerung an den Gebrauch gekochten Wassers. Nur die dem Altgläubigen tief eingewurzelte Abneigung gegen die Hospitalbehandlung liess sich nicht beseitigen und zwang dazu die zum grossen Theil zerstreut im Dorfe liegenden Kranken in ihren Badstuben zu behandeln.

Dem erwachten Zutrauen des grössten Theiles der Bevölkerung ist es wohl zu danken, dass, abgesehen von den im Anfang der Epidemie vermuthlich verheimlichten 12 Erkrankungsfällen mit 6 Todesfällen, im Ganzen nur 46 Erkrankungsfälle mit 25 Todesfällen vorkamen. Die Mortalität betrug somit 54,35 pCt. Die Intensität der Erkrankungen lässt sich einigermaassen nach dem Zeitraum beurtheilen, wie lange nach der Erkrankung der tödtliche Ausgang eintrat. Von den 25 Verstorbenen starben 5 am Erkrankungstage, 15 zwischen dem 2. und 5. Tage und 5 zwischen dem 6. und 8. Tage nach der Erkrankung. Complicationen mit Darmblutungen waren recht häufig.

(Schluss folgt.)

Referate.

L. Fürst: Grundzüge einer systematischen Diphtherie-Prophylaxis. Sammlung: Klinische Zeit- und Streitfragen. Wien, Verlag von A. Hölder 1894.

Ausser der Coccen-Invasion — heisst es im klinischen Vortrage — hat die individuelle Disposition und Immunität eine sichtliche Bedeutung. Im ersten Falle handelt es sich wahrscheinlich um eine chronische Laesion oder erhöhte Vulnerabilität der Schleimhaut (Schnupfen, Stomatitis, Pharyngitis). Das Diphtherie-Contagium gelangt mittelst der Athmung in den Rachen und bleibt an dem Epithel der Schleimhautbuchten haften. Als häufigste Gelegenheit zur Infection dienen die Spielplätze, Kindergärten und die Schule. Diese Missstände werden nicht eher gebessert, als bis das Gewissen der Eltern geschärft und ein Kind, in dessen Familie Diphtherie herrscht, von der Schule etc. fern gehalten wird. Ferner ist von den Verhaltungsmaassregeln die Rede, die vorzunehmen sind, wenn in einer Familie Diphtherie ausgebrochen ist. Chronische Katarrhe sind durch abhärtende Pflege und tägliche Gurgelungen mit nicht toxischen Antisepticis (Bor-Salicylsäure) zu behandeln. Zum Schluss spricht Verf. die Hoffnung aus, dass das Diphtherie-Heilserum auch in prophylaktischer Beziehung mit Nutzen wird angewandt werden können.

Lingen.

William Moser (New York): Aktinomycosis der Leber. (New-York, Med. Journal, 1894, Nr. 819, 11. Aug.)

Verf. hatte kürzlich Gelegenheit bei einer Section folgende Befunde zu constatiren. Aeussere Verletzungen nicht vorhanden. Bronchopneumonie des rechten unteren Lungenlappens, Fibrinbelag der Pleura, subdiaphragmatischer Abscess, parenchymatöse Nephritis, einzelne Abscesse in der Milz. Die Leber war mit zahlreichen miliaren, sowie einzelnen grösseren Abscessen durchsetzt, von denen fistulöse Gänge ausgingen. In denselben enthielt der Eiter kleine gelbliche Körner, die sich unter dem Mikroskop als Aktinomyces-Pilzknäuel erwiesen, ausserdem zahlreiche Micrococcen vorhanden.

O. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Paul de Terra: Repetitorium der Zahnheilkunde, zugleich ein Examinatorium über sämmtliche Hilfswissenschaften für die zahnärztliche Staatsprüfung in Fragen und Antworten geordnet. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1894.

Das vorliegende Werk könnte sehr gut, wie der Verfasser schon im Vorwort sagt, ein Katechismus der Zahnheilkunde und aller ihrer Hilfswissenschaften genannt werden. Die Anordnung in Fragen und Antworten hat besonders für den Studirenden ihre grossen Vorzüge, da sie ihm die Möglichkeit giebt, sich gleichsam in die ihm bevorstehende Situation während des Examens hineinzuversetzen.

Das Werk enthält im ersten und zweiten Theil Physik und Chemie mit den für die Zahnheilkunde wichtigsten Gesetzen und Erscheinungen. Der dritte Theil umfasst Histologie, Anatomie und Physiologie mit 2 Unterabtheilungen, einer allgemeinen und einer speciellen, wobei die Anordnung derart getroffen ist, dass im speciellen Abschnitt die Histologie, Anatomie und Physiologie eines jeden Organsystems gesondert zusammengefasst ist; dasselbe gilt vom vierten Theil, der die Pathologie, Chirurgie und Therapie zum Gegenstande hat. Der fünfte Theil behandelt die Arzneimittellehre mit einer besonders gründlichen Besprechung der Pharmakodynamik im allgemeinen Abschnitt. Der letzte Abschnitt des vierten, sowie der ganze sechste Theil, welche die Operationslehre und Zahnersatzkunde umfassen, können natürlich nicht als vollkommen betrachtet werden, da hier, wie der Verfasser selbst sehr richtig bemerkt, auch 'die besten Erklärungen und zahlreiche Illustrationen ohne gleichzeitige praktische Uebungen ein richtiges Verständniss nicht vermitteln können.

Im Allgemeinen kann jedenfalls das Werk als das, was es sein soll, nämlich als Repetitorium vor dem Examen, jedem Studirenden nur empfohlen werden; jedoch auch jedem, der bereits zahnärztliche Praxis treibt, könnte es eventuell als Nachschlagebuch in zweifelhaften Fällen oder als Nachhilfe für das Gedächtniss gute Dienste leisten.

Die Ausstattung des Werkes hinsichtlich Papier und Druck ist gut. R. Krause.

W. Allan Jamieson: Die Hautkrankheiten. Handbuch für Aerzte und Studenten. Uebersetzt in's Russische nach der 3. englischen Auflage von Dr. G. Franz. Ausgabe der Hauptmilitär-Medicinal-Verwaltung. St. Petersburg 1894. 721 Seiten.

So anerkennenswerth es ist, die russischen Aerzte gerade mit dem bei uns wenig gekannten englischen Handbuche bekannt zu machen, so ungünstig scheint uns gerade die Wahl dieses Buches in therapeutischer Beziehung. Die Schilderung der einzelnen Hautkrankheiten, so namentlich des Eczems in seinen Beziehungen zum Alter und zu den verschiedenen Professionen ist geradezu meisterhaft, aber die Behandlungsmethoden vielfach ganz unverständlich und doch soll dieses Buch gerade den Militärärzten in den verschiedensten, oft abgelegensten Gegenden unseres grossen Reiches eine Hülfsquelle bieten. Was fangen sie aber z. B. mit folgendem Recept an:

Rp. Enonymini 1,3.
Iridini 0,7.
Fruct. Colocynth
Extr. hyoscyam. aa 1,3.
Mf. pill. DS. 1 × 10 Pillen.

Andererseits findet man jedoch vielfach auch die neuere Dermatotherapie mit Pasten und Gelatinen. Die Uebersetzung ist gut und glatt, nur verfällt der Uebersetzer auch in den so häufigen Fehler ‹Secret› als ‹секреть› zu übertragen. — Die Ausstattung ist sehr gut, nur hätten die unschönen, nichts erklärenden Chromolithographien wegbleiben können.

O. Petersen.

Der Irrenfreund. Psychiatrische Monatsschrift für praktische Aerzte. 35. Jahrgang 1893. Heilbronn, Verlag von A. Scheurlen.

In gewordener Veranlassung machen wir alle Collegen auf diese altbewährte Zeitschrift wiederum aufmerksam. Sie verdient das besondere Interesse grade der Nichtpsychiater, da sie nach Inhalt und Darstellung bestrebt ist, den praktischen Arzt mit psychiatrischen Fragen bekannt zu machen und seine Kenntnisse in jenen zu fördern. Der auffallend billige Abonnementspreis (nur 3 Mark für 12 Nummern) wird gewiss zur wünschenswerthen möglichst weiten Verbreitung beitragen.

Der uns vorliegende 35., ein stattliches Heft bildende Jahrgang enthält ausser Originalien eine lange Reihe bemerkenswerther Referate, Literaturbesprechungen, Beiträge zur Tagesgeschichte, welche sämmtlich jedem Arzt zur Lectüre empfohlen werden können. Michelson.

W. Prausnitz: Grundzüge der Hygiene. 2. erweiterte und vermehrte Auflage. Verlag von J. F. Lehmann. München und Leipzig 1895.

Das wachsende Interesse für wissenschaftliche Hygiene bedingt eine grössere Nachfrage nach kurzen Lehrbüchern dieses Zweiges unserer Wissenschaft. Dass Verf. in vorliegendem Buche die an ein solches Werk gestellten Anforderungen in durchaus befriedigender Weise erfüllt hat, beweist die schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen. Auch diese 2. Auflage wird nicht nur dem angehenden Mediciner eine Richtschnur und Anhalt bei seinem Studium bleiben, sondern auch dem Techniker und Verwaltungsbeamten dürfte dieselbe ein werthvolles Nachschlagebuch sein. Die Abbildungen, welche rein schematisch gehalten sind, tragen durch ihre Uebersichtlichkeit wesentlich zum Verständniss des dargebrachten Gegenstandes bei. Die Ausstattung des Werkes ist eine gute. D.

Vermischtes.

— Am 29. Januar hielt die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit unter dem Präsidium ihres Erlauchten Ehrenpräsidenten, Seiner Kaiserlichen Hoheit des Grossfürsten Paul Alexandrowitsch, eine Generalversammlung ab, in welcher der bisherige verdienstvolle Präsident der Gesellschaft, Leibmedicus wirkl. Geheimrath Dr. Zdekauer sein Amt niederlegte. Die Gesellschaft überreichte dem Scheidenden, der seit der Gründung der Gesellschaft, also 18 Jahre hindurch die Gesellschaft geleitet hat, eine in höchst anerkennenden Worten abgefasste Adresse. Die Wahl des neuen Präsidenten wird in einer der nächsten Sitzungen der Gesellschaft stattfinden. Als Candidaten für dieses Amt werden Geheimrath Dr. Kudrin, Ober-Medicinal-inspector der Flotte, sowie Geheimrath Dr. Ragosin, Director des Medicinal-Departements genannt.

— Professor Dr. Leyden (Berlin) ist in der vorigen Woche in Warschau gewesen, wohin er zur Consultation bei der schwer erkrankten Frau eines dortigen Banquiers L. berufen worden war.

— Als gelehrter Secretär der militär-medicinischen Academie für das nächste Quadriennium ist der ordentliche Professor der Chemie Dr. A. P. Dianin bestätigt worden, welcher seit dem Rücktritt Prof. Tarchanow's bereits stellvertretend als gelehrter Secretär fungirte.

— In der vorigen Woche beging der Ehrenleibmedicus Dr. M. A. Lebedew das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Von den Collegen und den Schwestern des Hospitals der Gemeinschaft barmherziger Schwestern ‹Maria Schutz›, an welchem der Jubilar als Oberarzt fungirt, wurden ihm Adressen überreicht. Die hohe Protectorin der Gemeinschaft, Grossfürstin Alexandra Petrowna hatte ein Glückwunschtelegramm gesandt. (Russ. Med.)

— Die Annahme und das Tragen bucharischer Orden ist Allerhöchst gestattet worden: dem Gebiets-Medicinal-Inspector des Transkaspigebiets, wirkl. Staatsrath Dr. Gorbatschewski, welchem der bucharische Orden des goldenen Sterns I. Classe, und dem Oberarzt des hiesigen Nikolai-Cadettencorps, wirkl. Staatsrath Plinatus, dem derselbe Orden II. Classe verliehen worden ist.

— Ernannt: Der ausserord. Professor der Kasanschen Universität, Staatsrath Kusmin — zum ordentl. Professor auf dem Lehrstuhl der chirurgischen Facultätsklinik in Kasan; der Arzt für Abcommandirungen VI. Kategorie beim hiesigen klinischen Militärhospital Hofrath Lawdowski — zum ausserordentlichen Professor der Histologie und Embryologie an der mil.-med. Academie; der Geschäftsführer der Civil-Medicinalverwaltung des Kaukasus, Staatsrath Sembicki — zum Gebietsarzt von Dagestan.

— Der Gouvernements-Medicinalinspector von Livland, Dr. N. W. Malinin, ist zum Chef der II. Abtheilung des Medicinal-Departements ernannt worden.

— Der Oberarzt des gegenwärtig in Jurjew (Dorpat) stehenden Krassnojarski'schen Infanterieregiments S. L. Sawizki ist von dieser Stellung auf den Posten eines Tischvorstehers an der Haupt-Militär-Medicinalverwaltung übergeführt worden. Die Officiere des Regiments und die Beamten des Armeestabes veranstalteten dem Scheidenden zu Ehren ein Abschiedsdiner und überreichten ihm werthvolle Andenken.

— Verstorben: 1) In Odessa der freiprakticirende Arzt aus dem Flecken Wolkowzy, Julius Hamarnik, an Phthisis. Der Verstorbene hatte erst vor 4 Jahren den Cursus an der Charkower Universität absolvirt. 2) In Wilna der frühere Oberarzt des Militärlazareths in Luzk, Staatsrath Nikolai Aschurkow, im 67. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat mehr als 40 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) Im Flecken Subbotniki (Gouv. Wilna) der Landarzt Nikolai Gazkewitsch im 33. Lebensjahre.

— Der durch den Tod des Prof. S. Scheuthakers vacant gewordene Lehrstuhl der Pathologie an der Universität Budapest wird getheilt werden in eine Professur der pathologischen Anatomie und eine Professur der pathologischen Histologie. Für die erstere soll der Klausenburger Professor Dr. Genersich berufen werden und die zweite soll der bisherige ausserordentliche Professor an der Budapester Universität Dr. O. Petrik erhalten.

— Die St. Petersburger Gesellschaft russischer Aerzte ertheilt alljährlich Medaillen für die in ihren Sitzungen gehaltenen besten und werthvollsten Vorträge. Diesmal hat die zur Beurtheilung der Vorträge niedergesetzte Commission dem Prof. J. P. Pawlow eine goldene Medaille und den Professoren N. P. Simanowski und N. W. Petrow je eine silberne Medaille für ihre Vorträge, die sie im vorigen Jahre in den Vereinssitzungen gehalten, zuerkannt.

— Der 13. Congress für innere Medicin findet vom 2. bis 5. April 1895 zu München statt. Sitzungslocal: Academie der Wissenschaften, Neuhauser Strasse № 51. Das Präsidium übernimmt Herr von Ziemssen (München).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag den 2. April: Die Eisentherapie. Referenten: Herr Quincke (Kiel) und Herr Bunge (Basel).

Am zweiten Sitzungstage, Mittwoch den 3. April: Die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie. Referat erstattet von Herrn Heubner (Berlin).

Am dritten Sitzungstage, Donnerstag den 4. April. Die Pathologie und Therapie der Typhlitiden. Referenten: Herr Sahli (Bern) und Herr Helferich (Greifswald).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet: Herr A. Baginski (Berlin): Die pathogenen Nebenwirkungen des Heilserums in der Diphtheriebehandlung. — Herr W. von Leube (Würzburg): Thema vorbehalten. — Herr M. Litten (Berlin): Ueber die physiologische und klinische Bedeutung des Zwerchfellphänomenes mit Demonstrationen an Gesunden und Kranken. — Herr A. Rosenbach (Breslau): Die Grundlagen der Lehre vom Stoffwechsel. — Herr Th. Rumpf (Hamburg): Ueber die Behandlung des Typhus mit abgetödteten Culturen des Bacillus pyocyaneus. — Herr Reich (Hamburg): Pathologisch anatomische und bacteriologische Befunde bei Infectionskrankheiten. - Herr E. Sonnenburg (Berlin): Die Appendicitis simplex. — Herr von Basch (Wien): Die Compensationslehre vom erkenntniss-theoretischen Standpunkte. Herr Riedinger (Würzburg): Thema vorbehalten. — Herr Semmola (Neapel): Sur la toxicité des urines dans son degré et dans son nosographisme comme élément de diagnostic et de prognostic dans les maladies en général et surtout dans les maladies aigues infectieuses. — Herr H. Schmaus (München): Ueber das Verhältniss des elastischen Gerüstes in tuberkulösen Herden der Lunge. — Herr K. Dehio (Dorpat): Ueber die diffuse Vermehrung des Bindegewebes im Herzfleische (Myofibrose) und deren klinische Bedeutung. — Herr O. Bollinger (München): 1. Ueber Todesursachen bei Pneumonie. 2. Demonstrative Mittheilungen. — Herr Schech (München): Emphysem und Asthma. — Herr von Ziemssen (München): Thema vorbehalten. — Herr F. Voit (München): Thema vorbehalten. — Herr Brondgeest (Utrecht): Ueber Lupus laryngis. — Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden): Harnsäurelösung im menschlichen Körper. — Herr Georg Rosenfeld (Salzbrunn): Ueber Fettwanderung. — Herr Smith (Schloss Marbach am Bodensee): Ueber den Alkohol in der Therapie. Herr Gans (Karlsbad): Ueber den Einfluss des Karlsbader Wassers auf die Magenfunction. — Herr Mordhorst (Wiesbaden): Beitrag zur Chemie der Harnsäure und zur Entstehung der Gichtanfälle. — Herr Seifert (Würzburg): Ueber Bronchostenose. — Herr v. Jaksch (Prag): Thema vorbehalten. Herr Schreiber (Königsberg): Über den Oesophagus.

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen nimmt der ständige Secretär des Congresses Herr Emil Pfeiffer (Wiesbaden) entgegen.

Mit dem Congresse ist eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w, soweit sie für die innere Medicin von Interesse sind, verbunden. Besondere Gebühren werden dafür den Ausstellern nicht berechnet. Hin- und Rückfracht, Aufstellen und Wiedereinpacken, sowie etwa nöthige Beaufsichtigung sind üblicher Weise Sache der Herren Aussteller. Anmeldungen und Auskunft bei Herrn v. Ziemssen (München).

— Nach dem Jahresbericht der Moskauer Universität pro 1894 betrug die Zahl der Studirenden am Ende des Berichtsjahres (1. Jan. 1895) im Ganzen 3906; dazu kommen noch 90 freie Zuhörer und 122 Apothekergehülfen. Zur medicinischen Facultät gehörten 1284 Studirende. Den Cursus absolvirten 716 Studenten, darunter in der medicinischen Facultät 211. Das Lehrpersonal bestand aus 105 Personen, und zwar aus einem Professor der Theologie, 55 ordentlichen und 37 ausserordentlichen Professoren, 8 Prosectoren, 1 Astronomen und 4 Lectoren. Ausserdem waren noch 120 Privatdocenten an der Universität thätig. Eine goldene Medaille wurde seitens der medicinischen Facultät in diesem Jahre nicht verliehen. Die Prämie des früheren Professors und Ehrenmitgliedes der Universität A. P. Raszwetow wurde für das Jahr 1895 dem Arzte A. D. Ssokolow zuerkannt. Die Geldmittel der Universität bestanden in den von der Regierung angewiesenen ca. 960,000 Rbl. und den zum Besten der Universität erhobenen Gebühren im Betrage von 422,106 Rbl. Verausgabt wurden 1,153,483 Rbl.; es verblieb somit ein Ueberschuss von ca. 230,000 Rbl. Das Wohlthätigkeitscapital der Universität beträgt gegenwärtig 2,850,346 Rbl. Die Gesellschaft zur Unterstützung der nothleidenden Studenten der Moskauer Universität hat im verflossenen Jahre 51,963 Rbl. zu Unterstützungen verausgabt.

— Die Universität Charkow, welche am 17. Januar den 90. Jahrestag ihres Bestehens beging, zählt gegenwärtig 1278 Studenten und 128 Lehrkräfte. Der Unterhalt der Universität kostete der Reichsrentei 347,000 Rbl. Die Kronsstipendien und Unterstützungen betrugen 32,000 Rbl.

— Die Choleraepidemie herrscht in Russland nach dem letzten officiellen Cholerabulletin noch in 4 Gouvernements. Eine erhebliche Zahl von Neuerkrankungen weist nur noch Podolien auf, wo vom 8.—21. Januar 105 Erkrankungen und 45 Todesfälle vorgekommen sind, während vom 8.—14. Januar in Wolhynien nur 7 Neuerkrankungen und 6 Todesfälle, in Curland 3 Erkrankungen und 1 Todesfall und im Gouv. Radom keine Neuerkrankung und nur 1 Todesfall an der Cholera constatirt wurden.

In Konstantinopel und Umgegend ist neuerdings die Cholera ausgebrochen. Vom 10.—17. Januar sind dort 7 Erkrankungen vorgekommen, von denen 4 tödtlich verliefen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Januar 1895 6916 (46 mehr darunter 313 Typhus — (5 mehr), 849 Syphilis —(14 mehr), 141 Scharlach (10 mehr.), 39 Diphtherie (= d. Vorwoche), 20 Masern (2 weniger) und 9 Pockenkranke (1 weniger).

Vacanzen.

1) Zwei Landschaftsarztstellen im Kreise Belebei (Gouv. Ufa). Gehalt 1200 R. jährl. Adresse: Белебеевская Земская Управа».

2) Das Stadtamt von Jeisk (Kubangebiet) sucht einen Arzt für das örtliche Stadthospital. Geh. 1000 jährl. Adresse: «Ейская Городская Управа.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis 28. Januar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
364	279	643	139	54	99	18	7	18	54	71	43	48	59	23	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 16, Diphtherie 9, Croup 6, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 130, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 57, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 46, Todtgeborene 32.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. Februar 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. Februar 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Марія Яковлевна Шневлинъ, Вас. О. 16 л. д. № 17.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка . 137, кв. 119.

Frau **Gülzen**, W. O. 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Sophie Jordan, B. O., 10 лин д. 11, кв. 9.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Marie Kubern**, Мойка д. № 84, кв. 19.

Frau **A. Wiander**, Вас. Остр. 7 л. д. 6, кв. 6.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Marie Mohl, B. O. 1. л. д. 44 кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 4 Февраля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, 11. (23.) Februar **1895**

Inhalt: Schuster: Ueber die Vielseitigkeit der Kurmittel Nauheims und seiner Indicationen. — C. Ströhmberg: Die Choleraepidemie im Посадъ Черный 1894. — Bücheranzeigen und Besprechungen: H. Kossel: Die Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Vacanzen. — Anzeigen.

Ueber die Vielseitigkeit der Kurmittel Nauheims und seiner Indicationen.

Von

Dr. Schuster

pract. Arzt in Bad Nauheim.

Motto: «Von allen mir bekannten Bädern ist Nauheim am günstigsten situirt, weil es die wenigsten Contraindicationen hat.» Traube.

Seitdem Beneke auf die Behandlung der Herzkranken in Nauheim aufmerksam gemacht hat, sind die Indicationen wie Rheumatismen, Scrophulose, Rhachitis, Gicht, Anaemie, Frauen- und Nervenkrankheiten etc mehr in den Hintergrund getreten. Nauheim entwickelt seit dieser Zeit auf dem grossen Gebiete der Herzkrankheiten durch seine Aerzte förmlich eine specialistische Thätigkeit.

Wenn ich nun über vorstehendes Thema einige Worte schreibe, so geschieht es in der Absicht, Bekanntes in kurzen Zügen zu schildern, Vernachlässigtes wieder zur Geltung zu bringen und neue Gesichtspunkte dem praktischen Arzte vor Augen zu führen zur grösseren Würdigung der Wirksamkeit der Nauheimer Quellen und seiner sonstigen Kurmittel.

I. Badekur.

Nauheim gehört, um zunächst über die Quellen, welche zur Bäderbereitung dienen, zu sprechen, zu den eisenhaltigen, kohlensäurereichsten Kochsalzthermen. Die wirksamen Eigenschaften resp. Bestandtheile sind also:

1) Die natürliche Wärme 31,3 bis 33° C.,
2) Der Gehalt an Kochsalz und sonstigen Chlorsalzen 2,5 bis 3,3 pCt., wovon 2,1 bis 2,9 pCt. NaCl,
3) Der Gehalt an Eisen und anderen Mineralsalzen,
4) Der Gehalt an Kohlensäure, welcher der Verschiedenartigkeit der Bäderformen entsprechend, ein hoher oder niedriger in den verschiedensten Abstufungen ist, aber auch durch Gradirung ganz ausgeschaltet werden kann.

Das Badewasser liefern 2 sehr ergiebige, nur 9—10 M. von einander entfernte Sprudel, von denen der eine, Quelle XII, sich etwa 15 M. bei offner Hahnenstellung über die Erde erhebt, durch die Kraft der Kohlensäure aus dem Erdinnern bei einer Bohrlochtiefe von 180 M. emporgetrieben Der dicht neben ihm befindliche Sprudel, Quelle VII., eine der kohlensäurereichsten Quellen, die wir überhaupt bis jetzt besitzen, springt bei einer Bohrlochtiefe von 159,5 M. einige Meter hoch. Beide Quellen, welche schäumend wie Champagner zu Tage treten, liefern krystallklares Wasser in solcher Menge, dass täglich 3—4000 Bäder abgegeben werden könnten. In der letzten Saison wurde die Zahl von 1600 Bädern pro die überschritten.

Die Temperatur der erstgenannten Quelle beträgt in der Badewanne 33° C., die der anderen 31,3° C.

Das Wasser dieser beiden Quellen wird durch eine Leitung, welche vom Steigrohre abgeht, direct, ohne dass es also mit der athmosphärischen Luft in Berührung gekommen ist, in die Wanne geleitet und liefert so die sogenannten Sprudelbäder (natürlich sowohl von der Quelle XII. als auch VII. eine besondere Leitung, so dass zwei verschieden warme Sprudelbäder zur Anwendung kommen können, die in ihrem CO_2 und NaCl-gehalt verschieden stark sind.)

Durch eine besondere Vorrichtung an den Badewannen ist es infolge der günstigen Temperaturverhältnisse dieser Quellen möglich sogenannte «Sprudelstrombäder» herzustellen. Es fliesst, wie bei den Sprudelbädern, das Quellwasser direct aus der Erde in die Wannen, in welchen es aber nicht stehen bleibt. Etwas unterhalb des Randes der Wannen befinden sich nämlich zwei Oeffnungen, die sofort das überflüssig zufliessende Wasser wieder abgeben. Es besteht also ein fortwährendes Zu- und Ablaufen, wodurch die ganze Menge Kohlensäure, welche in den Quellen enthalten ist, auf den Körper einwirken kann, ohne dass ein Theil verloren geht durch Stehen-

bleiben. Diese Form ist die stärkste aller zur Anwendung kommenden Bäderformen.

Die aus den Quellen XII und VII an die Luft ausgetriebene Wassermenge wird in zwei grossen unbedeckten Sammelbassins aufgefangen. Steht dieses Sprudelwasser einige Zeit, und ist ein Theil der Kohlensäure an die Luft abgegeben, so trübt sich dieses sonst krystallklare Wasser, indem die Eisen- und Kalksalze, welche bislang durch die überschüssige Kohlensäure völlig in Lösung gehalten wurden, gefällt werden. Es bildet sich eine trübe braungelbe Flüssigkeit, die Thermalsoole, welche zur Bereitung der Thermalsoolbäder benutzt wird.

Diese Thermalsoole verliert also durch das Stehenbleiben an Wärme (Quelle XII 30° C, Quelle VII 29° C.) und an Kohlensäure.

Für diese Bäderform, welche hauptsächlich, zumal zu Anfang der Badekur in Anwendung gebracht wird, weil sie viel milder wirkend ist als das Sprudelbad, ist in den Badehäusern die Einrichtung wie auch bei den Sprudelbädern getroffen, dass die Quellen einzeln oder auch combinirt benutzt werden können. Auch besteht hier die Einrichtung für Strombäder, welche natürlich viel schwächer sind, als die vorhin erwähnten Sprudelstrombäder wegen des verminderten Gehaltes an CO_2. Die Thermalstrombäder können auch nur von solchen Patienten benutzt werden, die sich bereits an eine Temperatur von 29 bis 30° gewöhnt haben. Als schwächste Form der Nauheimer Bäder sind endlich die einfachen Soolbäder zu erwähnen, welche von Eisen- und Kalksalzen, sowie von CO_2 gänzlich befreit sind. Die Thermalsoole wird durch ein Gradirwerk geleitet, die CO_2 wird vollständig hierdurch an die äussere Luft abgegeben und die Eisen- Kalksalze setzen sich an dem Dornengestrüpp, woraus das Gradirwerk hergestellt ist, ab. Am Boden des Gradirwerkes sammelt sich dann die auf diese Weise gereinigte einfache etwa 3% Soole als wasserklare Flüssigkeit an. Diese einfachen CO_2 freien Soolbäder werden bei gegen CO_2 empfindlichen Patienten, bei Kindern und Frauen vielfach in Anwendung gebracht. Sie können ebenso wie Thermal- und Sprudelbäder durch Zusatz von eben dort gewonnener Mutterlauge beliebig verstärkt werden.

Die beiden Sprudel liefern demnach vielerlei verschiedene Bäderformen, von den schwächsten beginnend und stufenweise immer stärker werdend bis zu den stärkst wirkenden.

Bei etwa 13 verschiedenen Bäderformen ist es möglich Bäder zu verordnen, wie sie der betreffenden Krankheit, dem jeweiligen Krankheitszustande, resp. der individuellen Eigenthümlichkeit des Patietenten angemessen dem behandelnden Arzte erscheinen. Nauheim ist durch die günstige Temperatur der Quellen ferner im Stande, da eine Erwärmung oder Abkühlung nicht nothwendig ist, wodurch sonst viel Kohlensäure verloren gehen würde, so stark kohlensäurehaltige Bäder abzugeben, wie kein andrer Badeort es vermag. (Sprudelstrombäder). Diese äusserst günstigen Verhältnisse gestatten denn auch von diesen Quellen den ausgiebigsten Gebrauch zu machen, und sind in der That die Indicationen für Nauheim die weitgehendsten.

Bevor ich die einzelnen Indicationen bespreche, will ich kurz die Wirkungsweise der kohlensäurehaltigen Soolbäder berühren. Ich will nicht alle Ergebnisse experimenteller Untersuchungen und alle Hypothesen aufzählen. Die Wissenschaft hat auch hier noch nicht alles aufgeklärt, es bedarf noch vielfacher Beobachtungen und Untersuchungen, um die gefundenen Thatsachen zu erklären.

Wir müssen annehmen, dass die lauwarmen, kohlensäurehaltigen Soolbäder auf das periphere Nervensystem einen gewissen Einfluss ausüben, der rückwirkend auf die Centralorgane ganz besondere Reize hervorruft. Ich bemerke zugleich die bekannte Thatsache, dass wir bezüglich der Wärme zwischen dem CO_2-haltigen Soolbade und dem gewöhnlichen Wasserbade einen Unterschied empfinden. Das CO_2-haltige Soolbad kann einige Grade kühler sein und wir empfinden doch dieselbe Wärme, als wie in einem gewöhnlichen Wasserbade mit einigen Graden höherer Temperatur. Im ersten Moment fühlen wir wohl den Unterschied, sobald aber CO_2 und NaCl genügend eingewirkt haben, merken wir denselben nicht mehr.

Der von der Haut aus auf das Centralnervensystem ausgeübte Reiz wirkt nun nach den verschiedensten Richtungen hin. Vor allen Dingen ist es das Gefässsystem, welches sehr erheblich beeinflusst wird. Nachdem sich zuerst ganz kurze Zeit die Hautgefässe contrahirt haben — Empfindungen eines geringen Schauers — erweitern sich dieselben wieder. Es tritt das Gefühl einer behaglichen Wärme ein, und infolge des vermehrten Zuflusses des Blutes zur Peripherie röthet sich die Haut. Durch die Contraction der Gefässe wird das Blut zu den inneren Organen, in letzter Linie zum Herzen zurückgedrängt und fordert dasselbe zu einer energischeren Thätigkeit auf. Tritt die Erweiterung der Hautgefässe ein, so werden die Organe, speciell das Herz wieder entlastet. Wir wissen, dass infolge dieser eigenthümlichen Reizung des Gefässsystems die Pulsfrequenz vermindert wird, und sich zugleich dabei der Blutdruck erhöht, dass also dieser Reiz beruhigend und kräftigend auf das Herz einwirkt.

Wie wichtig und segensreich die Ableitung auf die äussere Haut, die Veränderung der Circulation bei den verschiedenartigsten Erkrankungen, z. B. bei exsudativen Processen ist, ist genügend bekannt.

Ferner wird eine Reizung des Athmungscentrums beobachtet. Die Respirationen werden langsamer, dabei aber energischer; es wird mehr CO_2 ausgeschieden.

Ich erwähne weiter eine Vermehrung der Diurese, verbunden mit vermehrter Harnstoffausscheidung.

Bekannt ist die Thatsache, dass diese Bäder einen bedeutenden Einfluss auf den Eiweisszerfall ausüben, also umstimmend auf den Gesammtstoffwechsel einwirken.

Die kohlensäurehaltigen Soolbäder wirken roborirend, resorptionsanregend, tonisirend.

Nauheim hat seinen Hauptruf im letzten Decennium sich erworben durch seine günstigen Wirkungen bei Herzkranken, nachdem es vorher als ein Wallfahrtsort der Rheumatiker, skrophulösen Kinder und unterleibskranken Frauen gegolten hatte. Prof. Beneke-Marburg beobachtete zuerst bei seinen nach Nauheim geschickten Rheumatikern, die zugleich mit Herzfehlern behaftet waren, dass auch auf die letztere Krankheit die Nauheimer Bäder insofern einen günstigen Einfluss ausübten, als die Beschwerden von Seiten des Herzens oft erheblich sich besserten, dass also die frühere Ansicht, Herzkranke nicht baden zu lassen, durchaus falsch sei. Auf Grund dieser Entdeckung sind die Forschungen weiter fortgesetzt und hat man ärztlicherseits Nauheim ein reges Interesse entgegengebracht.

Nauheim wirkt durch die günstigen Verhältnisse seiner Quellen in Bezug auf natürliche Wärme, Kohlensäure und Kochsalzgehalt, kräftigend, «tonisirend» und zugleich beruhigend auf den Herzmuskel ein. Mag nun die krankhafte Ursache in Veränderung der Muskulatur selbst zu suchen sein, (Fettherz, fettige Degeneration, Myocarditis, Ermüdung des Herzmuskels), mag sie in der fehlerhaften Function der Klappen liegen, wodurch Dilatation und schliesslich Insufficienz des Herzmuskels — Incompensation — erzeugt wurde, mag es sich um Arteriosclerose, Aortenaneurysma, um Neurosen des Herzens, um Wirkung von Giften (Alkohol, Nicotin) handeln, bei allen diesen kommt die Wirkung Nauheims darauf hinaus den Herzmuskel zu einer den Widerständen entsprechend energischeren, dabei aber ruhigen, gleichmässigen Arbeit anzuspornen.

Ich mache hier auch auf die auffallende Thatsache aufmerksam, dass die üblichen Herztonica, besonders Digitalis beim Gebrauche der Nauheimer Bäder besser wirken, als zu Haus; sie unterstützen unter Umständen öfters die Kur. Es sind mir Fälle vorgekommen, wo ich durch beträchtliche Oedeme gezwungen war Digitalis zu verordnen. Die Patienten gaben an, dass dasselbe zu Hause garnicht gewirkt habe; ich liess die mitgebrachten Recepte genau in derselben Weise anfertigen und gebrauchen, und hier trat prompte Wirkung ein.

Wenn auch die Wirkung der Nauheimer Badekur oft eine überraschend gute ist, selbst in Fällen, bei denen man nicht viel erwartet von vornherein, so fordern dagegen manche Zwischenfälle, auch bei leicht erscheinender Erkrankung, zu grosser Vorsicht und Umsicht in der Behandlung auf.

Der Kranke bedarf einer stetigen Ueberwachung, nichts ist unstatthafter, als das Baden nach eigener Bestimmung ohne ärztliche Controlle, wenn auch der Patient durch mehrmaligen Besuch Nauheims den Bademodus dortselbst ganz genau zu kennen glaubt.

Nauheim heilt resp. bessert nicht alle Herzleiden. Leider besitzen wir aber keine Anzeichen, die darauf hindeuten könnten, dass ein Herzkranker die Badecur eventuell nicht vertrage, um ihn von derselben auszuschliessen. Wir sind darauf angewiesen nach dem jeweiligen momentanen Erfolge zu urtheilen.

Wenn ich die Indication «Herzkrankheiten» obenan stellte, so that ich es aus dem Grunde, weil Nauheim dieserhalb in den letzten Jahren vorzugsweise aufgesucht wird. Die Wirksamkeit der dortigen Quellen entfaltet sich aber nach den verschiedensten Richtungen hin und es wäre ein Unrecht gegen sie, sollten die übrigen guten Indicationen weniger gewürdigt werden.

Es ist ja zu Genüge bekannt, wie segensreich und thatsächlich heilend die Nauheimer Bäder auf Rheumatismen einwirken. Es sind sowohl Gelenk- wie Muskelrheumatismen, meist chronischer Form, welche dort mit so hervorragendem Erfolge behandelt werden. Gross ist die Zahl bereits Geheilter, welche alljährlich nach Nauheim kommen um einer Wiederkehr des Rheumatismus vorzubeugen.

Sorgt Nauheim für Aufsaugung der rheumatischen Exsudationen, so gilt dies auch von vielen anderen exsudativen Processen. Unter dem Gebrauche der dortigen Quellen werden mit Erfolg behandelt: Exsudate des Peritoneums, der Pleura, des Pericards und Endocards, des Parametriums, der Gelenke, natürlich bei allen genannten nach Ablauf der acut entzündlichen Erscheinungen, beziehungsweise bei eitrigen Exsudaten nach den nothwendig gewordenen operativen Eingriffen.

Auch die Folgen dieser Erkrankungen, wenn sie längere Zeit schon bestanden und Verdickungen der Gewebe hervorgerufen hatten, woraus weitere Störungen sich entwickelten, sind einer erheblichen Besserung fähig. Ich erwähne hier ausserdem die Verletzungen der Knochen, Gelenke, Muskeln, Nerven, scrophulöse resp. tuberculöse Gelenk- und Knochenerkrankungen, welche Gelenksteifigkeiten, Contracturen, Fistelbildungen, nach sich gezogen haben.

Durch die Wirkung seiner Quellen auf den Stoffwechsel wird Nauheim weiteren Indicationen gerecht, worüber ich als etwas ganz Bekanntes nichts weiter zu sagen brauche.

Es ist das grosse Gebiet der Scrophulose, die Chlorose und Anaemie, die Rhachitis, die Arthritis urica, ferner das Reconvalescenzstadium nach erschöpfenden Krankheiten, allgemeine Schwächezustände. Hierbei kommen die anregenden Bäder sowohl, als auch die auf den Stoffwechsel wirkenden Trinkquellen, die vorzüglich reine ozon- und kochsalzhaltige Luft, (Aufenthalt an den Gradirwerken), Waldluft, Milchkur in Betracht.

Des Weiteren die Lues. Anregung des Stoffwechsels, der Resorption, Verbesserung des Allgemeinbefindens, Anregung der Hautthätigkeit infolge beschleunigter Blutcirculation an der Peripherie, wodurch gewiss die Aufnahme des Quecksilbers in den Köper erleichtert wird, sind maassgebende Factoren bei der Behandlung der Lues.

Wie bemerkt, wirken die CO_2-haltigen Soolbäder an der Peripherie auf das Nervensystem ein. Von hier aus geht der Reiz auf die Centralorgane weiter und löst so eine Allgemeinwirkung auf das Gesammtnervensystem theils in anregender, theils in beruhigender Weise aus. Hier ist es die Neurasthenie, die Hysterie, die Tabes, sind es ferner die Lähmungen nach apoplectischen Insulten, nach Diphtherie etc., endlich die Neuralgien, besonders Ischias, welche für eine Kaltwasserbehandlung nicht geeignet oder ihr trotzend durch eine Nauheimer Kur oft wesentlich gebessert werden.

Ich will auch auf die erregende Wirkung der starkkohlensäurehaltigen Bäder, der Sprudelstrombäder, bezüglich des Sexualsystems aufmerksam machen. Es ist sowohl die Kohlensäure, — bekannt ist in dieser Beziehung auch die Wirkung der kohlensauren Gasbäder — als auch die mechanische Wirkung des Stromes, welche zu diesem Resultate führt. Der Strom wird am Boden der Wanne am Fussende eingeleitet und geht mit einer gewissen Stärke gerade auf das Perinaeum und die inneren Flächen der Schenkel los. Hier ruft er ein leises Prickeln hervor, welches im Stande ist bei leicht erregbaren Personen, wie mir Patienten, darunter auch Collegen mittheilten, im Bade selbst Erectionen hervorzurufen. Die Reizung der Sexualnerven giebt sich auch kund in dem Verlangen nach häufigerer Cohabitation. Die Behandlung der Neurasthenia sexualis war bislang nicht als Indication für Nauheim besonders angegeben, ebenso wenig Lues und die

Diät-Entfettungskur. Es kommt häufig vor, dass sich nach derartigen eingreifenden Kuren bei sonst ganz gesunden Menschen, die vorher nie über Herzbeschwerden geklagt haben, schwere Herzstörungen einstellen, Debilitas cordis verbunden mit Dilatation. Mit Energie hat der Patient die Entfettungskur durchgemacht, anstatt aber einen Nutzen für seinen Körper, Wohlbehagen und Befriedigung erzielt zu haben, hat sich ein neues Leiden eingestellt, oder auch hat sich erst infolge dieser Diätkur das schlummernde Herzleiden, Fettherz, offenbart, welches nun in Nauheim beseitigt werden soll. Wäre die Entfettungskur dort durchgemacht und zugleich durch die Bäder kräftigend auf das Herz eingewirkt, so würde gewiss der Misserfolg verhütet worden sein.

Auch auf dem Gebiete der Hautkrankheiten leistet Nauheim, wie andere Soolbäder, unter gewissen Umständen Gutes. Zumeist sind es die auf scrophulöser, luetischer Basis beruhenden trocknen Eczeme, welche durch die locale Wirkung der Soole nicht allein und durch eine gleichzeitig stattfindende medicamentöse Behandlung, sondern auch durch die Verbesserung des Allgemeinzustandes des Körpers zum Schwinden gebracht werden.

Wenn ich die Indication «Frauenkrankheiten» bei Abhandlung der Badekur in Nauheim erst jetzt erwähne, eine Anzeige, die früher viele Patientinnen nach dort hinführte, so thue ich es mit einer gewissen Absicht. Die Badebehandlung bei Frauenleiden findet in sehr vielen Fällen heute durch Moorbäder statt. Wenngleich die Soolbäder ihren guten Ruf immer auch in dieser Beziehung behalten werden, so machen ihnen die Moorbäder doch eine ganz berechtigte Concurrenz. Es giebt in der That Fälle, in denen Soolbäder nicht den gewünschten Erfolg haben und eine stärkere Einwirkung Platz zu greifen hat. Diese Thatsache und auch andere Gesichtspunkte (Behandlung von Rheumatismen, Lähmungen Gelenkerkrankungen etc.) waren für mich und einige Col-

legen maassgebend, die Frage «Einrichtung von Moorbädern» betreffend, in Fluss zu bringen, damit Nauheim auch in dieser Beziehung allen Anforderungen gerecht werden könnte. Die combinirte Behandlung mit Moor und Soole dürfte sehr zu empfehlen sein. Die Aerzte werden dann im Stande sein, einestheils dort, wo eine grössere Einwirkung stattfinden soll, dieselbe dem Patienten zu Theil werden zu lassen, anderntheils solche, die die Moorbäder nicht vertragen sollten, mit milder wirkenden Soolbädern zu behandeln.

II. Trinkkur

Nauheim hat drei Trinkquellen aufzuweisen, von denen der Kur- und Karlsbrunnen der Gruppe der kohlensäurehaltigen Kochsalzwässer angehören, der Ludwigsbrunnen ein schwacher Natron-Säuerling ist.

Wenn J. von Liebig schreibt: Es möchte in Deutschland wohl schwer sein, ein Mineralwasser zu finden, welches gleichen Reichthum an wirksamen Bestandtheilen mit dem Homburger Elisabethenwasser darzubieten vermöchte, so genügt ein Blick auf die Analysen, um zu beweisen, dass dieselben Worte auch für den Nauheimer Kur- und Karlsbrunnen mit Recht in Anwendung gebracht werden können. Prof. Beneke hat zuerst genauere Untersuchungen über die Wirkung des Kurbrunnens angestellt, er war es, der auf die Aehnlichkeit mit dem Rakoczy aufmerksam machte. Er fand, dass der Kurbrunnen rein getrunken, wegen seines hohen Kochsalzgehaltes (1,5 pCt) oft die Schleimhäute zu stark reize und liess ihn deshalb mit Süsswasser diluirt trinken, wodurch er nach seinen Erfahrungen in der Wirkung dem Rakoczy gleichkommt.

In dem Karlsbrunnen besitzt Nauheim ein Wasser, welches unverdünnt eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Rakoczy und Elisabethenbrunnen zeigt.

Der praktische Arzt kennt die Wirkungsweise dieser beiden letztgenannten Quellen genau und kann durch diesen meinen Hinweis a priori die Tragweite der Indikationen für die Nauheimer Trinkkur ermessen.

Die Kochsalzwässer wirken hauptsächlich durch ihren Kochsalzgehalt. NaCl. wird rasch resorbirt und erleichtert die Resorption des Wassers, es vermehrt die Secretion des Magens und wirkt appetitanregend, im Darm regt es die Peristaltik an und übt in grösseren Dosen oft eine leicht abführende Wirkung aus. Es vermehrt die Absonderung der Schleimhäute. Nachgewiesen ist die vermehrte Urin- und Harnstoffausscheidung, es wirkt also beschleunigend auf den Gesammtstoffwechsel durch vermehrten Umsatz der stickstoffhaltigen Gewebselemente. Als integrirender Bestandtheil des Körpers dient es zur Anbildung neuer Zellen und Gewebe. Die Kochsalzwässer wirken mit anderen Worten in hervorragender Weise auf die regressive und progressive Metamorphose im Körper.

Beneke[1]) schreibt: «Unsere Untersuchungen lassen dagegen aber kaum einen Zweifel übrig über die mächtige secundäre Einwirkung des Kurbrunnens auf die Vorgänge des Stoffwechsels, und vorzugsweise auf diese, sowie auf die Hervorrufung leichter und s. g. ableitender Hyperaemien im Verdauungskanal dürfen wir mit einiger Sicherheit die gesammte Heilwirkung reduciren. Als besonders bemerkenswerth tritt uns sofort eine beträchtliche Zunahme der Harnstoffausscheidung, als Zeichen eines gesteigerten Umsatzes der Albuminate des Körpers bei Gebrauch des Brunnens entgegen. Das Wasser an und für sich sowohl, als sein Salzgehalt nehmen beide ursächlichen Antheil an dieser Wirkung. Nicht aber, dass die Ausscheidung aller übrigen Harnbestandtheile in gleichem Maasse zunimmt, die Phosphorsäureausscheidung übersteigt vielmehr das normale Maass kaum, und die Chlorausscheidung bleibt nach einiger Zeit des Genusses des Brunnens selbst hinter diesem Maasse zurück. Damit sind die Bedingungen gegeben für eine bedeutungsvolle Aenderung der Proportionen zwischen Albuminaten und Phosphorsäure und Chlornatrium im Organismus, und weiterhin aller Wahrscheinlichkeit nach zwischen Albuminaten und Wasser, und Niemand wird in Abrede stellen wollen, dass solche Veränderungnn oft geradezu als die Lösung einer Heilaufgabe betrachtet werden können, in allen Fällen aber sehr wesentliche Veränderungen der vegetativen Lebensvorgänge herbeiführen müssen. Zu zweit tritt uns aber auch hier wieder jene bei dem Badegebrauche constatirte und aller Wahrscheinlichkeit nach auf verminderter Kohlensäurespannung im Blute beruhende Abnahme der Respirationsfrequenz entgegen, eine Abnahme, die ich auch hier wieder auf eine beschleunigte Metamorphose der stickstofffreien Verbindungen (organischen Säuren) reduciren möchte. Auch auf sie lege ich ein nicht unbedeutendes Gewicht und dass sich thatsächlich oft unter dem Gebrauche des Brunnens die oben erwähnten Erscheinungen der Anhäufung gewisser organischer Säuren im Blute verlieren, kann ich versichern». Und weiter schreibt Beneke: «Also in unter allen Umständen erfolgender beträchtlich beschleunigter Metamorphose der stickstoffhaltigen (und stickstofffreien) Verbindungen und in einem relativen Gewinn des Organismus an Phosphorsäure, Salz und Wasser suche ich vorzugsweise die allgemeinen, wohlthätigen Erfolge des Kurbrunnengenusses. Den für das Gedeihen des Organismus so nachtheiligen Retardationen der Metamorphose, insonderheit der Albuminate, versiegt damit die Quelle; der relative Gewinn an Phosphorsäure kann aber unter Umständen ebensowohl den Grund zu fernerer Neubildung von Geweben legen, als die Kochsalzzunahme ferneren Retardationen der Metamorphose der Albuminate entgegentritt.»

Trotzdem Beneke in so anschaulicher Weise die Wirkungen des Nauheimer Kurbrunnens — dieselben sind ohne Weiteres auf den unverdünnten Karlsbrunnen zu übertragen — durch seine mustergültigen Untersuchungen beschrieben hat, trotzdem lange die nahe Verwandtschaft der Nauheimer Trinkquellen mit dem Kissinger Rakoczy und dem Homburger Elisabethenbrunnen bekannt sein muss, so hat ein der Güte der Nauheimer Quellen entsprechend ausgiebiger Gebrauch derselben noch nicht stattgefunden. Ich weiss, dass manchen Aerzten die Trinkkur in Nauheim unbekannt ist, resp. gleichgültig erscheint, weil die Badekur unwillkürlich und gewiss mit Fug und Recht mehr in den Vordergrund tritt. Wenn aber Nauheim durch seine Trinkquellen ebensoviel leisten kann, wie andere gleichwerthige Badeorte, warum soll denn diese Thatsache gleichgültig behandelt werden? Eingangs erwähnte ich, dass ich u. A. die Absicht habe, Vernachlässigtes wieder zur Geltung zu bringen. Ja, ich halte es für meine Pflicht auch in dieser Beziehung die Bedeutung Nauheims kräftig zu betonen und auch hier auf die unsterblichen Verdienste Benekes aufmerksam zu machen, dem Nauheim zu so grossem Danke verpflichtet ist.

Ich will nun nach dem Gesagten kurz die Indicationen aufzählen, welche für die Trinkkur des Kur- und Karlsbrunnens geeignet sind.

1) Erkrankungen der Respirationsorgane und zwar Nasen-Rachen-Kehlkopf-Bronchialcatarrhe. Das Kochsalz wirkt vermehrend auf die Absonderung der Schleimhäute. Die Wirkung der Trinkkur wird hier unterstützt durch Localbehandlung im Inhalatorium, Aufenthalt an den Gradirwerken.

2) Erkrankungen der Verdauungsorgane und zwar chronischer Magen- und Darmcatarrh, Stauungen

[1]) Beneke: Ueber Nauheims Soolthermen und deren Wirkungen auf den gesunden und kranken menschlichen Organismus.

im Pfortadersystem (Leberanschwellung) Gallenstauung, Gallensteinbildung, Hämorrhoidalleiden.

Im Magen ruft das Kochsalz grössere Absonderung des Magensaftes hervor, es wirkt appetitanregend. Die Kohlensäure regt die Peristaltik des Magens an und sorgt also für schnellere Beförderung des Speisebreies in den Darm. Durch leichte Hyperaemien im Magen und Darm tritt eine Entlastung des Pfortadersystems ein, durch reichlichere Wasseraufnahme eine dünnere Consistenz der Galle.

3) Erkrankungen des Stoffwechsels: a) Gicht, vermehrte Absonderung des Harnstoffs, b) Fettleibigkeit; Trinkkur in Verbindung mit Badekur, Diätkur mit Massage und Gymnastik. c) Scrophulose und Rhachitis. d) Anaemie und Bleichsucht, hierbei kommt auch der Eisengehalt der Trinkquellen mit in Betracht

4) Erkrankungen des Nervensystems; zumeist sind es solche, die in Folge sitzender Lebensweise und der daraus resultirenden Störungen im Verdauungsapparate entstanden sind (Congestionen zum Kopf und die hiermit verbundenen Symptome), oder solche, die, wie Beneke sagt, im Drange des Geschäftslebens bei guter Kost entstanden, in der Leistungsfähigkeit der Nerven eine Einbusse herbeigeführt haben neben allgemeinen Erscheinungen der retardirten Stoffmetamorphose, diese oder jene locale Aeusserung und die sie oftmals begleitende Abmagerung darbietend.

Die dritte Quelle, der Ludwigsbrunnen, ein sehr ergiebiger schwacher Natron-Säuerling, wird als angenehm erfrischendes Tafelwasser und als Verdünnungsmittel für den Kurbrunnen vielfach in Anwendung gebracht.

III. Die übrigen Kurmittel.

Die zur Unterstützung der Bade- und Trinkcur dienenden Kurmittel muss ich der Vollständigkeit halber erwähnen, damit erkannt werden kann, dass man in Nauheim bemüht gewesen ist und sein wird, den Forderungen, welche man an einen vielbesuchten, bedeutenden Badeort stellt, gerecht zu werden. Es kommen in dieser Beziehung in Betracht:

1) Das Inhalatorium, im welchem zerstäubte Soole eingeathmet oder vermittelst besonderer Apparate local auf Nasen-Rachen-Kehlkopfschleimhäute eingewirkt wird.

2) Douchen, electrische Bäder, den modernen Einrichtungen entsprechend.

3) Das Zander-Institut. Die medico-mechanische Behandlung hat einen hervorragenden Werth bei der Behandlung von Herzkrankheiten (Widerstandsgymnastik), Rheumatismen, Lähmungen, Gelenksteifigkeiten, Nervenkrankheiten, Fettleibigkeit u. s. w.

4) Die Massage, ausgeübt von geschulten männlichen und weiblichen Kräften.

5) Die Terraineur, welche durch Neuanlage von entsprechenden Wegen, durch gute Instandhaltung der bereits angelegten noch verbesserungsfähig erscheint.

6) Die Gradirwerke, welche einen äusserst gesunden und zugleich angenehmen Aufenthalt gewähren.

7) Die Milchcuranstalt, woselbst für Verabreichung frischer Schweizermilch, von Molken, Kefir etc. sehr gut gesorgt ist.

8) Die Traubencur. Der Johannisberg ist seit vielen Jahren als Weinberg angelegt und liefert ein für diese Kur sehr geeignetes Material.

Eine neu ins Werk zu setzende Einrichtung, die Nauheim hoffentlich bereits in der Saison 1895 aufzuweisen haben wird, bilden die Moorbäder.

Dieselben werden sich dem gesammten Heilapparate Nauheims als eine nicht zu unterschätzende, nothwendige Bereicherung anreihen.

Die Choleraepidemie im Посадъ Черный 1894.

Nach einem in der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 2. November 1894 gehaltenen Vortrage.

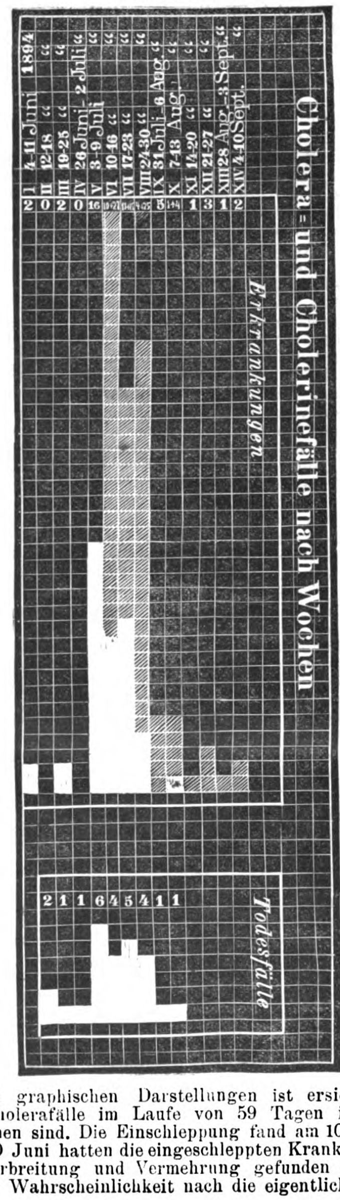
Von

Dr. C. Ströhmberg.

(Schluss).

Der Verlauf der Epidemie lässt sich bequemer graphisch als in Worten darstellen. Bei dieser Darstellungsweise kommt eine ziemlich regelmässige Curve zu Stande, deren Regelmässigkeit bei der Rubricirung nach Wochen auffallend in die Augen springt und bei Mitberücksichtigung der Cholerinefälle meiner Ansicht nach recht lehrreich ist. Bei der graphischen Darstellung der Morbilität entspricht jedem Cholerafalle ein weisses Quadrat und jedem Cholerinefalle ein graues (schraffirtes). Eine verticale Reihe von Quadraten entspricht einer Woche. Jeder Morbilitätsdarstellung ist die entsprechende Mortalitätsdarstellung beigefügt.

Cholerinefälle  Cholerafälle.



Aus den graphischen Darstellungen ist ersichtlich, dass schwere Cholerafälle im Laufe von 59 Tagen in Tschorna vorgekommen sind. Die Einschleppung fand am 10. Juni statt. Bis zum 20 Juni hatten die eingeschleppten Krankheitserreger weitere Verbreitung und Vermehrung gefunden und nun beginnt aller Wahrscheinlichkeit nach die eigentliche Epidemie

die sich wohl in 3 Phasen theilen lassen dürfte, die erste, während welcher sowohl Cholera- als Cholerinefälle nicht zur Kenntniss der Administration kamen, die zweite, während welcher zwar die Cholerafälle nicht mehr verschwiegen werden konnten, wohl aber die Cholerinefälle unbekannt blieben und die dritte, während welcher fast alle durch den Commabacillus Inficirte die ärztliche Hilfe suchten. Die Zahlen der dritten Phase gestatten Rückschlüsse auf die Zahl der Erkrankungen in den beiden ersten Phasen. Während der letzten Phase sind 25 Cholerafälle mit 14 Todesfällen und 69 Cholerinen zu verzeichnen gewesen. Berechnet man nach diesen Proportionen und nach meinen oben gemachten Angaben über die nachträglich nachgewiesenen Erkrankungs- und Todesfälle der ersten Phase (mit den 2 in dieser Phase ärztlich Behandelten im Ganzen 14), so ergeben sich folgende Zahlen für die 3 Phasen, wobei die durch Berechnung erlangten Zahlen mit einem Fragezeichen versehen sind.

	I. Phase. 20. Juni — 3. Juli.	II. Phase. 4. Juli — 9. Juli.	III. Phase. 10. Juli — 13. Aug.
Cholera			
a. Erkr.	2+12 (?) = 14 (?)	17	25
b. Todesfälle	2+6 (?) = 8 (?)	9	14
Cholerine	38 (?)	47 (?)	69

Somit berechnen sich für die ganze Epidemie 56 Cholerafälle, mit 31 Todesfällen und 154 Cholerinen. Diese Berechnung stimmt recht gut mit den wirklichen Zahlen und füllt in genügender Weise die in der graphischen Darstellung sich findenden Lücken. Das Anwachsen der Epidemie ist ganz zu Beginn vielleicht ein langsames, dann aber ein sehr rapides gewesen. Nimmt man als eigentlichen Beginn der örtlichen Epidemie den 20. Juni an, so war immerhin der Höhepunkt binnen 3 Wochen erreicht worden. Während dieser Zeit wie auch später bei der allmähligen Abnahme der Epidemie binnen 5 Wochen bis zum völligen Erlöschen, waren die Choleramikroben im Dorfe sehr weit verbreitet. Der Genuss sowohl von See- als auch von Fluss- wie nicht minder Brunnenwasser verursachte Erkrankungen. Ueber den ganzen Ort zerstreut kamen Erkrankungen vor, wenngleich einzelne Punkte als Centren angesehen werden dürften. Leider war es nicht möglich den am Orte thätigen Mediciner mit den zu bacteriologischen Culturversuchen erforderlichen Einrichtungen zu versehen; er besass aber ein sehr gutes Mikroskop und es wurden nicht allein in den Cholera- sondern auch in den Cholerinestühlen Kochsche Commabacillen in reichlicher Menge gefunden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit wurden aber auch im Wasser mikroskopisch Commabacillen nachgewiesen. Von der Oberfläche des in einem Reagenzglase abgestandenen, von der oberflächlichen Schicht der verschiedenen Bezugsquellen herrührenden Wassers liess man 1 Tropfen am Deckgläschen verdunsten, färbte den Rückstand auf dem Deckgläschen und siehe da in einzelnen Fällen fanden sich bei der Betrachtung mehr oder weniger commaähnliche Bacillen. Da es nun unmöglich war Controleprüfungen der Bacillen durch Culturen zu machen, so liess stud. Baron **B u d b e r g** das Wasser aus verschiedenen Brunnen durch einen Feldscher schöpfen und numeriren. Erst nach geschehener Untersuchung des Brunnens, aus welchem das Wasser stammte, liess er sich den Namen des Besitzers namhaft machen. Da ereignete es sich, dass **B u d b e r g**, nachdem er in einem Wasser Comma's gefunden hatte, welche sich unter dem Mikroskop in keiner Weise von in Bouillon gezüchteten Reinculturen des Kochschen Commabacillus unterschieden, von dem Feldscher erfuhr, das gerade dieses Wasser aus einem flachen, in einem Choleracentrum belegenen Brunnen stammte. Hiermit war das reichliche Vorhandensein von Cholerabacillen in jenem Brunnen, wenn auch nicht bewiesen, so doch im höchsten Grade wahrscheinlich gemacht worden.

In mehreren Brunnen und im Flusswasser wurden auf diese Art die Bacillen gefunden. Dass sie in so primitiver Weise nachweisbar waren, spricht für ihre massenhafte Verbreitung am Orte. Durch einige klinische Beobachtungen, welche nur durch massenhaftes Vorhandensein der Bacillen erklärlich sind, wird weiter die Annahme bestätigt, dass die mikroskopisch im Wasser nachgewiesenen Bacillen in der That Kochsche Commabacillen waren. Es kamen mehrere Erkrankungen vor, welche sehr kurze Zeit bis zu ½ Stunde nach reichlichem Genuss von Wasser, das direct aus dem Brunnen, dem Fluss oder dem See geschöpft worden war, auftraten. Besonders beweisend ist ein Beispiel: Eine Frau, die während des heissen schwülen Wetters eifrig in ihrem Garten gearbeitet hatte, empfand heftigen Durst. Sie glaubte an die Zweckmässigkeit der ärztlichen Rathschläge und genoss seit längerer Zeit als Getränk ausschliesslich schwachen Thee. Der heftige Durst liess sie diese Vorsichtsmassregel vergessen und nach alter Gewohnheit stillte sie ihren Durst durch reichliches Trinken direct aus dem Flüsschen. Wie stud. v. B u d b e r g versichert, traten bei ihr nicht später als 10 Minuten nach dieser Unvorsichtigkeit die ersten Symptome einer schweren Cholera auf. Ein Fischer erkrankte 2 Werst vom Ufer sehr bald, nachdem er sich dort seinen Durst mit aus dem See geschöpften Wasser gestillt hatte. Dieser Fall erinnert mich an die Mittheilung eines estnischen Fischers, welcher im vorigen Sommer auf dem Meere zwischen Kronstadt und Petersburg dem Fischfange oblag; das Meer besteht an dieser Stelle aus süssem Newawasser. Bald nach dem Auftreten der Cholera in Kronstadt, hatte er, angeregt durch die Publicationen in Kronstadt dafür gesorgt, dass seine Mannschaft nur gekochtes Wasser genoss. Eines Tages war dasselbe im Boote ausgegangen, und auf der See etwa in der Mitte zwischen Kronstadt und Petersburg trank einer seiner Leute reichlich direct aus dem Meere geschöpftes Wasser. Sehr bald danach erkrankte er an der Cholera. Seien nun diese Erkrankungsfälle dadurch entstanden, dass das Wasser hier an der Oberfläche schwimmende Cholerabacillen enthielt, weil sie durch die Strömung hierher gelangt waren, oder sei es, dass sie an der Aussenseite des Bootes haftend, vom Hafen her mitgeschleppt worden waren, solche Vorkommnisse sprechen jedenfalls für die ausserordentliche Verbreitung der Bacillen in einer inficirten Ortschaft und ein überreichliches Vorhandensein derselben an manchen Punkten. Bei den oben geschilderten sanitären Verhältnissen hätte eine so grosse Verbreitung der Bacillen in Черный nichts Befremdliches. Der Sommer war heiss, die Excremente kamen weit und breit auf den warmen schmutzigen Boden und wurden durch die fast täglichen Regengüsse in die primitiven Brunnen und den flachen Bach geschwemmt. Das Niveau des See's stand in diesem Jahre sehr hoch und in Folge dessen bildete der Bach an seiner Mündung einen stagnirenden, schmalen und feuchten Busen, der bis auf den Grund durchwärmt wurde. Die vielen verschwiegenen Cholera- und Cholerinefälle und die Missachtung der sanitären Vorschriften hatten überall Brutstätten für die eingeschleppten Mikroben geschaffen. Können bei dieser weit verbreiteten Infection des Gebrauchswassers die sanitären Massregeln, namentlich die Desinfectionen wohl sämmtliche inficirten Punkte unschädlich gemacht haben? Ich glaube nicht, obgleich ich selbst auf der Höhe der Epidemie bei allen Häusern und Hütten die Desinfection der verunreinigten Theile der Höfe durch frisch bereitete Kalkmilch und ungelöschten Kalk angeordnet und mit verhältnissmässiger Strenge habe durchführen sehen. Ein grosser Theil der Keime ist dadurch gewiss unschädlich gemacht worden; sicherlich aber sind nicht alle getödtet worden. Dennoch erlosch die Epidemie im August bei fortdauerndem warmem und feuchtem Wetter zu einer Zeit, in welcher durch reichlichen Genuss der verschiedensten frischen Vegetabilien leicht die der Entwickelung der Cholera so günstigen Verdauungsstörungen einzutreten pflegen. Obgleich es an Desinfectoren und Desinfectionsmitteln nicht fehlte, so war die Arbeit der ersteren über die einzelnen Hütten des Dorfes zerstreut eine sehr erschwerte; im Hospitale sind während der ganzen Epidemie nur 14 Kranke behandelt worden. Um so weniger ist man berechtigt der Desinfection allein das Erlöschen der Epidemie zuzuschreiben. Dass eine Durchseuchung der Bevölkerung das Aufhören der Epidemie bedingte, ist gleichfalls nicht anzunehmen; denn eine durchgehend ärmliche, durch crude irrationelle Nahrung stark disponirte Bevölkerung hätte eher decimirt als so schnell immunisirt werden können. Sollten zufällige, oder für jetzt auf wissenschaftlichem Wege noch nicht aufgeklärte Verhältnisse mitgewirkt haben? Solche mögen dazu beigetragen haben, dass sich die Cholera trotz regen Verkehrs nicht auf die benachbarten Dörfer und Dorpat ausgebreitet hat. Für den inficirten Ort kann ich sie nicht gelten lassen. Wie das Misstrauen der Bevölkerung als Ursache des Umsichgreifens der Epidemie anzusehen ist, so muss auch dem erwachten und allmählig sich verbreitenden Zutrauen der Bevölkerung zu den ärztlichen Massnahmen und Rathschlägen das allmählige Erlöschen der Epidemie zugeschrieben werden. Wie in der Medicin das einfache Princip der Sauberkeit, Asepsis genannt, sich Bahn gebrochen und eine neue Epoche bedingt hat, so hat dasselbe Princip sich durch das erwachte Zutrauen der Bevölkerung den durch Aerzte und Sanitäre immer und immer wiederholten Mahnungen gegenüber das verunreinigte Wasser durch Kochen unschädlich zu machen, allendlich in der Bevölkerung Bahn gebrochen. Das Kochen des inficirten Gebrauchswasser wurde vom grössten Theile der Bevölkerung acceptirt und die Epidemie erlosch. So allein ist unter den gegebenen ungünstigen Verhältnissen der immerhin günstige Verlauf dieser Epidemie zu verstehen. Die Asepsis sichert den Erfolg des chirurgischen Eingriffes mehr als die Antisepsis. In unverhältnissmässig höherem Masse aber wird die Bevölkerung eines mit Cholera stark inficirten Ortes durch den Genuss gekochten Wassers vor der Infection geschützt als durch Desinfectionen. Wie schwierig es ist bei einer ungebildeten misstrauischen Bevölkerung die Durchführung dieser einfachen Massregel zu erreichen, verstehen diejenigen, denen diese Aufgabe obgelegen hat. So etwas lässt sich nicht polizeilich befehlen. Die Bevölkerung muss geschult werden. Dazu ist vor allen Dingen die Beseitigung des Misstrauens erforderlich. In dieser Beziehung scheinen mir die beigefügten graphischen Darstellungen besonders überzeugend; denn

meiner Ansicht nach ist das Verhältniss der zur Kenntniss des Arztes gelangenden Cholerinefälle im Vergleich zu den vorhandenen Cholerafällen ein Massstab für das Vertrauen der Bevölkerung. Wir sehen in den Lücken am Anfang unserer Curve die oben erwähnte erste Phase der Epidemie mit Verschweigen sowohl schwerer, als leichter Fälle. In der zweiten Phase zeigt das Fehlen der schraffirten Quadrate an, dass die Cholerinefälle den Arzt für überflüssig halten. In der dritten Phase beweist das Ueberwiegen der schraffirten Quadrate das erwachte Vertrauen der Bevölkerung, die immer und immer wieder auf die Gefahr des Genusses inficirten Wassers aufmerksam gemacht wurde. Nun lässt sich ein Erlöschen der Epidemie voraussagen. In der That sinkt nun die Curve fast stetig und trotz Fortbestehens aller sonstigen misslichen Verhältnisse hört die Epidemie auf.

Was lehrt uns nun diese kleine Epidemie der Cholera, einer Krankheit, die nun schon Jahre lang das grosse russische Reich heimsucht und ganz Europa bedroht, genau in derselben Weise, wie sie es in früheren Epidemien bei ihrem Rundgang durch die civilisirte Welt gethan hat? Sie lehrt, wie meine graphischen Darstellungen beweisen, dass das hauptsächliche Hinderniss einer erfolgreichen Bekämpfung in dem Unverstand der Bevölkerung liegt. Da, wie das Volk es schon längst geahnt hat und es durch die Erfahrungen der Epidemien zur Evidenz nachgewiesen worden ist, das Wasser der hauptsächlichste Träger des Infectionsstoffes ist, so ist auch das Erhitzen des inficirten Trinkwassers bis zur Siedehitze das einfachste und sicherste Mittel gegen die Erkrankung und diese Vorsichtsmassregel, von Allen ohne Ausnahme durchgeführt, das hauptsächlichste und werthvollste Mittel gegen das Umsichgreifen einer Choleraepidemie, unvergleichlich sicherer als alle kostspieligen Desinfections- und Quarantainemassregeln. Der Самоваръ ist der beste Sterilisirungsapparat gegen die Cholera und daher Russland in der Lage durch energische Anwendung dieser seiner nationalen Erfindung sich vor der Cholera zu schützen. Die allgemeine Anerkennung dieser einfachen Thatsache würde das Umsichgreifen der Cholera unmöglich machen. Wäre anstatt Misstrauens und Furcht unter der Bevölkerung allgemeines Vertrauen zu seinen sanitären Berathern vorhanden, so müssten beim Auftreten der Cholera an einem Orte Warnungsplakate vor dem Genuss ungekochten Wassers genügen diese Krankheit nicht um sich greifen zu lassen und wirksamer sein als weitläufige Brochüren, die von dem hier hauptsächlich in Betracht kommenden Theil der Bevölkerung doch nicht gelesen und verstanden werden. Unverstand und Misstrauen machen für's Erste noch solche Erfolge unmöglich und fordern, wie dieser Aufsatz zeigt, viel Mühe und Zeit zu ihrer Beseitigung. Wie sie aber im Kleinen haben bekämpft werden können, müssen sie auch im Grossen zu beseitigen sein. Zunächst muss man sich diese Erscheinungen psychologisch klar machen, was nicht sehr schwierig ist. Die Bevölkerung, nicht allein die gebildete, sondern auch die ungebildete hat keine richtigen Vorstellungen von den Krankheiten und dem Können der Aerzte. Gemeiniglich denkt man, es giebt Krankheiten und nur den Aerzten bekannte Gegenmittel gegen dieselben; wie der Chemiker eine Säure durch ein Alkali neutralisirt, so paralysirt der Arzt den Einfluss der Krankheit durch eins der unzähligen Mittel, die alle Aerzte nicht in gleichem Masse gut kennen; man erwartet in Folge dessen nur allzu oft vom Arzte nicht einen einfachen klaren Rath, der einem unter Umständen grosse Unbequemlichkeiten auferlegt, sondern die Verordnung einer von den ihm bekannten Wunderessenzen. Viele Kranke sterben nach dieser Anschauung nicht an der Krankheit, sondern an einem Versehen des Arztes in der Auswahl der ihm zu Gebote stehenden Mittel gegen die Krankheit, nicht an der Krankheit, sondern an der Behandlung.

Eine andere nicht minder verbreitete Meinung ist die, dass zahlreiche Erkrankungen die Existenz des Arztes sichern und ihm daher erwünscht sein müssen. Auf eine in solchen Vorurtheilen befangene Bevölkerung muss eine Epidemie, von welcher das Volk durch die traurige Beobachtung die Ueberzeugung gewonnen hat, sie werde durch vergiftetes Trinkwasser verbreitet und bei welcher sich die ärztliche Behandlung als machtlos erweist, eigen eigenthümlichen Eindruck machen. An Stelle eines medicinischen Wundermittels erscheint zudem noch bei dem Erkrankten die Polizei. Furcht und Panik trüben die an und für sich schwache Urtheilskraft noch mehr. Auf dem Boden eines geängsteten Gemüthes und der Beeinträchtigung der persönlichen Rechte, deren Zweck nicht begriffen wird, gedeiht nur allzu leicht der aus Unverstand, Leichtsinn oder gar bösem Willen ausgestreute Samen des Misstrauens gegen diejenigen, die berufen sind in der Noth zu helfen. Der Schritt von der Annahme des durch die Behandlung des Arztes hervorgerufenen Todes bis zur Voraussetzung, dass die Aerzte die Epidemie erzeugen, ist gethan. Die unglaublichsten Gerede und Gerüchte werden lieber geglaubt als die Thatsache, dass heut' zu Tage Jeder fast mit absoluter Sicherheit sich gegen die Choleraerkrankung auf die allereinfachste Weise schützen kann, indem er verdächtiges Wasser meidet oder aber, falls der Gebrauch desselben nicht zu umgehen ist, dasselbe vor der Benutzung durch Kochen unschädlich macht.

Für das Verständniss des Nutzens einer so einfachen Massregel müssen die Schule und die Aerzte selbst durch Verbreitung gesunder Begriffe den Boden vorbereiten. Die Erstere, indem sie die wenigen allgemein wissenswerthen und leicht verständlichen feststehenden hygienischen Thatsachen, etwa in der Form eines kurzen Leitfadens über die zur Erhaltung der Gesundheit erforderlichen Sauberkeitsmassregeln, den Kindern von den niedersten bis in die höheren Schulen hinein einprägt, die Letzteren, indem sie ihre hohe humane und rein christliche Aufgabe im Auge behaltend, und die durch den Kampf um's Dasein nur zu leicht erwachenden unedlen Regungen bekämpfend, den Leuten gegenüber den falschen Nimbus, mit welchen diese sie so gern umgeben wollen, nicht gelten lassen und vor allen Dingen ihre Standesgenossen nicht verunglimpfen. In so einfacher Weise liesse sich der erforderliche Grad von Aufklärung auf diesem Gebiete und der sicherste Schutz gegen das Umsichgreifen der Cholera erreichen.

Berichtigung.

In dem ersten Theil der Arbeit von Dr. Ströhmberg (diese Wochenschrift № 5, pag. 43) muss es heissen:

Spalte 1 Zeile 46 von oben: statt 84 pCt. — 84 pro Mille.
» 1 » 47 » » » 25,5 pCt. — 25,5 pro Mille.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Kossel: Die Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum. Berlin 1895. Verlag von S. Karger.

Verf. hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, in zusammenfassender Weise einen Ueberblick über das Wesen der neuen Behandlungsmethode zu geben. Im Hinblick auf das allgemeine Interesse, das dieser Frage allerseits entgegengetragen wird, wollen wir es nicht versäumen, des Näheren auf dieses interessante Buch einzugehen.

Nachdem R. Koch die Vorstellung von dem Wesen der Infectionskrankheiten in sichere Bahnen gelenkt und grundlegend auf diesem Gebiete gearbeitet hatte, nahm diese Epoche mit der Entdeckung Behrings über das Wesen der Immunität eine neue Wendung. Diese wird entweder durch Injection eines an sich nicht krankmachenden Stoffes, des Blutserums immunisirter Thiere (passive Immunität, Ehrlich) oder durch Einimpfung abgeschwächter Krankheitsstoffe (active Immunität) herbeigeführt. Die passive Immunität erreicht mit dem Ausscheiden des fertigen Immunisirungsstoffes ihr Ende, die active dagegen behält ihre Eigenschaft länger, mitunter durch das ganze Leben, weil die Immunität durch die Arbeit und Thätigkeit der eigenen Zellen des Körpers des immunisirten Thieres erlangt ist. Die Immunität eines Thieres lässt sich künstlich steigern, wenn man ihm fortgesetzt steigende Dosen des Giftes injicirt; je grössere Quantitäten des Giftes vom Thier vertragen werden, desto geringere Mengen seines Blutes sind erforderlich zur Immunisirung eines anderen Individuums.

Die Injection mit dem betreffenden Gift wird solange fortgesetzt, bis das Blut die Antikörper in genügender Concentration enthält. Behring und Ehrlich bezeichnen ein bestimmtes Serum als Normalserum, von dem 0,1 genügen, um die 10fach tödliche Giftmenge unschädlich zu machen: 1 Cbcm. Normalserum enthält 1 Immunisirungseinheit. Zur Heilung der Diphtherie bedarf es, wie Ehrlich und Verf. festgestellt haben, bei Kindern mindestens 600 Immunisirungseinheiten. Ist nun festgestellt worden, dass das Blut eines zur Serumbehandlung immunisirten Thieres diesen Werth besitzt, so wird von dem entzogenen und alsbald geronnenen Blute das Serum abgeschöpft und diesem der besseren Haltbarkeit wegen 0,5% Carbol hinzugesetzt, auf diese Weise wird das Diphtheriemittel gewonnen. Das im Blut eines Diphtheriekranken Individuums kreisende Gift wird durch Einverleibung der betreffenden Menge des Antitoxins neutralisirt, wie Gift und Gegengift sich im Reagenzglase aufheben. Ist dagegen das Gift bereits nach längerem Verweilen an die Zellen gebunden und hat in diesen ein degenerativer Process begonnen, so kann dem Körper auch ein Ueberschuss von Antitoxin im Blut nicht helfen. Eine ungünstige Wirkung, abgesehen von einem zuweilen auftretenden Exanthem unschuldiger Natur, auf Niere oder Herz hat Verf. nicht beobachtet, eine eventuell vorhandene Albuminurie ist nicht auf Rechnung der Injection zu setzen, ebenso wenig hat das Antitoxin eine fieberierregende Wirkung, im Gegentheil es ist «ein Antipyreticum ersten Grades», wenn nicht ausgesprochen septische Processe vorliegen. Desgleichen giebt die Zahl und Fülle des Pulses sofort zu erkennen, in wie promter Weise das Serum wirkt. Die locale Wirkung auf den Process im Rachen kennzeichnet sich durch eine beschleunigte Ablösung der Membra-

nen, die meist nach 48 Stunden zu beobachten ist und eine oft rapide Abschwellung der Submaxillardrüsen.

Drei grössere Statistiken sind bisher veröffentlicht worden: 233 Kinder mit 23% Mortalität (Ehrlich, Wassermann und Verf.; fällt in eine Zeit, wo nach späteren Erfahrungen zu wenig Antitoxin injicirt wurde), 255 Kinder mit 12,1% (Katz, Aronsohn) und 300 mit 26% Mortalität (Roux, Martin, Chaillon). Die Höchster Farbwerke liefern drei Sorten: Flasche I enthält 600 Immunisirungseinheiten (= J. E.) Flasche II = 1000 J. E. Flasche III = 1500 J. E. Verfasser bespricht die Technik der Injection, die Momente, welche ausschlaggebend sind für die Wahl der Injectionsmenge und schliesst mit dem dringenden Rath, die Serumbehandlung zeitig einzuleiten und vorurtheilslos die Wirkung zu prüfen. Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

580. Sitzung am 29. November 1894.

Vorsitzender: Herr Moritz.

1. Herr Lunin spricht über die Pathologie und Therapie der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase. — Viele Pat., die an chronischem Eiterausfluss aus der Nase leiden, sehen diesen als einen sogenannten «Stockschnupfen» an, ohne es zu wissen, dass ihr Leiden eine ernstere Bedeutung hat, das den Verlust eines Auges oder gar des Lebens veranlassen kann. — Da die Orbita von 3 Seiten von den Nebenhöhlen der Nase umgeben ist, ist es verständlich, welche Gefahren aus den Erkrankungen dieser Höhlen dem Auge erwachsen. Am gefährlichsten für dasselbe ist die Erkrankung der Siebbeinzellen. Die Beschwerden, welche sich bei Erkrankungen der die Orbita umgebenden Nebenhöhlen geltend machen, sind Gesichtsfeldeinschränkung und Abnahme des Sehvermögens (Asthenopie). Die Hauptgefahr für's Auge besteht aber in der Ausbreitung des entzündlichen Processes auf den retrobulbären Raum nach Durchbrechung einer der dünnen Knochenlamellen. In dem lockeren Bindegewebe des retrobulbären Raumes finden dann die Entzündungserreger die günstigsten Bedingungen für ihre Fortentwickelung; Verlust des Auges oder des Lebens ist bei nicht rechtzeitigem Eingreifen des Arztes der Ausgang solcher Entzündungen. — Folgende Symptome treten gewöhnlich bei Nebenhöhlenerkrankungen auf: Einseitiger, seltener beiderseitiger Eiterausfluss aus der Nase ist constant oder periodisch zu beobachten. Einige Pat. geben an, der Eiter fliesse ihnen in den Nasenrachenraum. Mitunter tritt der Eiterausfluss nur bei bestimmten Lagen des Kopfes auf. Uebler Geruch aus der Nase, der aber mit der eigentlichen Ozaena nichts zu thun hat, wird selten vermisst. Ferner können Blutungen aus der Nase auftreten aus Granulationen, welche sich in Folge von Caries eines Knochens gebildet haben. Infolge des fortgesetzten Reizes kommt es ferner zu Schleimhautwucherungen und Polypenbildungen, die von einigen Autoren wie z. B. Grünwald als pathognomonisch für das Nebenhöhlenempyem angesehen werden. Endlich sind zu erwähnen Anosmie, asthenopische Beschwerden und Kopfschmerz. Letzterer wird häufig von den Pat. genau localisirt. Stirnkopfschmerz spricht für die Stirnhöhlenerkrankung, Schmerz zwischen den Augen und in der Nasenwurzel für Erkrankung des Siebbeins, Schmerzen tief im Kopf und im Hinterkopf kommen bei Keilbeinerkrankungen vor. Später können bei Nebenhöhleneiterung noch Alteration der Intelligenz, Gemüthsdepression, frontale und orbitale Abscesse, Sinusthrombose und Meningitis zur Beobachtung kommen. — Für die speciellere Diagnose wird die Durchleuchtung der Kiefer- und Stirnhöhle durch eine elektrische Lampe vom Munde aus benutzt (Voltolini). Doch kommen Täuschungen dabei immerhin vor. Sicher ist jedenfalls, dass eine schwache oder gar keine Verdunkelung eine Erkrankung der Kieferhöhle nicht ausschliesst, während eine starke Verdunkelung der einen Seite entschieden für eine Erkrankung derselben spricht. Die Untersuchung der Nasenhöhle selbst stösst bei der Erkrankung der Nebenhöhlen auf Schwierigkeiten, da Hypertrophien der Schleimhaut, Schwellungen und Polypenbildungen die anatomischen Verhältnisse wesentlich verdecken. Die genauere Diagnose erfordert daher wiederholte Untersuchungen, bei denen Schritt für Schritt eine Nebenhöhle nach der anderen sondirt resp. durchspült wird. Die Sondirung der Kieferhöhle gelingt nicht immer leicht, weshalb man dieselbe mit einem Krause'schen Troicart oder einer Schmidt'schen starken Nadel punctirt. In die Stirnhöhle kommt man nach Entfernung der mittleren Muschel mit der Grünwald'schen Zange oder der kalten oder heissen Schlinge. Die Siebbeinzellen sind mit einer an der Spitze rechtwinkelig gekrümmten Sonde zu erreichen. Ebenso ist es möglich, die hinteren Siebbeinzellen mit einer entsprechend gekrümmten Sonde zu sondiren und cariöse Stellen des Knochens zu fühlen. Die Sondirung des Os sphenoidale ist meist leicht auszuführen. Bei der Diagnose kommt es darauf an, dass man der Quelle der Eiterung nachgeht und alle hinderlichen Partien wie z. B. die mittleren Muscheln entfernt. Die Sondirung spielt bei der Diagnosenstellung eine wichtige Rolle. — Die Aufgabe der Therapie besteht darin, dem Eiter Abfluss zu verschaffen und die erkrankten Höhlen zu durchspülen. Bei der Kieferhöhle geschieht dies von der natürlichen Oeffnung aus oder durch Anbohren eines Alveolarfortsatzes nach Extraction eines cariösen Zahnes. Bei Knochencaries oder tiefgreifenden Schleimhautveränderungen muss die Fossa canina aufgemeisselt und darnach eine energischere Behandlung vorgenommen werden. Bei chronischen Eiterungen der Stirnhöhle wird die Ausspülung derselben nach Entfernung der mittleren Muschel vorgenommen. Schäffer bohrt sich einen künstlichen Weg zwischen Septum und mittlerer Muschel. Empyeme der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle werden nach denselben Principien behandelt, wobei auch die vorsichtige Auskratzung zur Verwendung kommt.

Unter den von Vortragendem behandelten Fällen konnten folgende Ursachen der Nebenhöhleneiterungen festgestellt werden: 7 mal heftiger Schnupfen, 5 mal Influenza, 3 mal Zahncaries, 1 mal Trauma, 1 mal Scrophulose, 1 mal ein Fremdkörper, 13 mal unbekannte Ursache. Im Ganzen wurden 31 Pat. mit Nebenhöhleneiterungen behandelt und zwar Erkrankungen einer Höhle: 10 mal Empyem der Kieferhöhle (8 geheilt, 1 ungeheilt, 1 in Behandlung), 1 mal Empyem der Stirnhöhle (geheilt) 2 mal Empyem der Keilbeinhöhle (1 geheilt, 1 unvollendete Behandlung) 3 mal Empyem der Siebbeinzellen (1 geheilt, 2 gebessert). Von combinirten Nebenhöhleneiterungen kamen folgende zur Beobachtung: Empyeme der Kieferhöhle und Siebbeinzellen 1 Fall (geheilt), der Kiefer- und Keilbeinhöhle 2 Fälle (beide gebessert), der Kiefer- Stirn- und Keilbeinhöhle 1 Fall (geheilt), der Keilbeinhöhle und Siebbeinzellen 7 Fälle (2 geheilt, 3 gebessert, 2 in Behandlung), der Siebbeinzellen und Stirn- und Keilbeinhöhle 2 Fälle (beide an Meningitis gestorben).

2. Herr Germann. Zur Symptomatologie der Orbitalphlegmone veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase.

An casuistischen Mittheilungen über das gleichzeitige Vorkommen von Empyemen einer oder mehrerer Nebenhöhlen der Nase und Caries wie Phlegmone der Orbita ist kein Mangel. Derartige Fälle bringen sowohl die Augenärzte wie die Specialisten für Nasenerkrankungen. Je nachdem aus welchem Lager der Fall berichtet wurde, ist seine Beurtheilung aber eine sehr verschiedene. Bei den Augenärzten herrscht die Ansicht (Berlin) die orbitale Erkrankung sei das Primäre, die Nebenhöhlenerkrankung sei das Secundäre, mit Ausnahme zahlreicher Fälle von Empyem der Stirnhöhle und Orbitalphlegmone welche richtig gedeutet werden (Guillemain). In den Hand- und Lehrbüchern findet sich über das vorliegende Thema äusserst wenig. Alle beschränken sich einfach darauf in kurzem Satze darauf hinzuweisen, dass Fälle beobachtet seien, wo Periostitis, Caries und Phlegmone der Orbita ihren Ausgangspunkt von einer der Nebenhöhlen aus genommen habe. Germann hat keine Mittheilung gefunden, welche den Versuch macht das Erkrankungsbild in allen seinen möglichen Symptomen und Complicationen zu zeichnen.

Auf Grundlage eigener klinischer Beobachtungen, nach Durchsicht einschlägiger casuistischer Mittheilungen, sowie nach Kenntnissnahme der Schriften Grünwald's und Hajek's über die Naseneiterungen und Empyeme der Nase, ist Germann zur Ueberzeugung gekommen, dass es durch die Nase und vermittelt durch eine eiterige Entzündung einer oder mehrerer Nebenhöhlen erst zur Perforation der Orbitalwandung und dann zur Orbitalphlegmone komme.

Germann ist ferner der Ansicht, dass wahrscheinlich jede Orbitalphlegmone, complicirt mit Durchbruch der Orbitalwandung — durch die Nase und die eitrige Entzündung einer oder mehrerer Nebenhöhlen vermittelt wird — also eine Secundärerkrankung und keine Primärerkrankung darstellt. Diese Ueberzeugung ist aber von grösster Bedeutung für unser prophylaktisches wie therapeutisches Handeln.

Im April des Jahres 1891 beobachtete G. den ersten Fall welcher seinem Thema zu Grunde liegt und dessen Diagnose ihm gelang, noch bevor dieselbe durch den Collegen Lunin controllirt und bestätigt wurde. Ein Empyem des Sinus frontalis wie der hinteren Siebbeinzellen hatte die Phlegmone veranlasst. Es ist ja wohl die am leichtesten zu erkennende Combination. Nur zwei Momente waren es, welche Vortragenden veranlassten die Diagnose richtig zu stellen bevor er operirte. Es war das erstens der scheusslich stinkende grüne Eiter, welcher sich beim Schnäuzen reichlich aus der Nase entleerte, und zweitens der Umstand, dass bei Druck gegen das geschwellte Oberlid ebenfalls Eiter aus dem Nasloch abfloss.

Grünwald betont aber, dass stinkende Exhalationsluft und stinkender Eiterausfluss charakteristisch seien für Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Der Gestank ist eine Folge der Fäulniss in nekrotischen Knochen resp. Weichtheilen.

Besteht dieser Satz zu Recht, so haben wir hierin ein Cardinalsymptom, ja ein pathognomonisches Symptom vor uns. Die Kette gliedert sich jetzt so: der Gestank verräth die Fäulniss in den nekrotischen Knochen; — der Eiter kann ja auch zunächst unsichtbar sein —. Eine Orbitalphlegmone die der Ozaena *folgt* muss also mit grösster Wahrscheinlichkeit auf Durchbruch von einer Nebenhöhle her beruhen, verräth also das Empyem.

Dass eine *primäre* Orbitalphlegmone so lange besteht, um Fäulniss und Durchbruch in die Nebenhöhlen sowie Ozaena zu erzeugen, ist undenkbar. G. hat die Ozaena in keinem seiner Fälle vermisst. Wiederum gewinnen wir aus diesem Factum einen wichtigen Hinweis für die Prophylaxe wie Therapie!

Ueber die grosse Verbreitung der Stinknase können die Augenärzte wohl ein Urtheil abgeben, zwingt sie doch die Untersuchung mit dem Augenspiegel diese unangenehme Entdeckung zu machen. Vermag man auch nichts Positives darüber anzugeben, so kann man doch die Meinung aussprechen, dass *nicht jeder* mit stinkender Exhalationsluft Behaftete auch gleich ein Empyem in einer der Nasenhöhlen verbirgt. Anders müssten wir die fraglichen Fälle viel häufiger zu Gesichte bekommen. Als *gefährdet* muss man aber Jeden betrachten, der an Ozaena leidet, denn kommt es zum Empyem und der Orbitalphlegmone, so ist für das Auge stets zu fürchten. Was dem Anderen der Tod bedeutet, das bedeutet aber für den Augenarzt der Verlust des Auges! Auch intelligente Patienten, welche seit langer Zeit an Eiterschnäuzen und Ozaena leiden beachten diese Erscheinungen nicht, es sei denn dass Schmerzen sie dazu veranlassten den Arzt aufzusuchen oder sie der Umgebung lästig fallen. Ja es scheint nicht selten vorzukommen, dass die Befallenen selber nichts von dem Bestehen ihres Nasenleidens wissen und bemerken. Ueber Stinknase sprechen *ungefragt* weder Patient noch Arzt gerne!

Es ist nun auch der Fall denkbar, dass ein Patient an eineinfacher Ozaena ohne Empyem einer Nebenhöhle leidet und sich bei demselben eine primäre genuine Orbitalphlegmone entwickelt. In diesem Falle wird die Anamnese sowie das gänzliche Fehlen sämmtlicher Empyemsymptome uns, trotz allen Verdachtes, bald die richtige Deutung finden lassen.

Zur Zeit noch sehr geringe Symptome beginnender Orbitalphlegmone, wie geringes Hervortreten des Augapfels, Röthung und Schwellung des oberen Lides, und geringes Doppelsehen, werden auch ohne jede Schmerzempfindung schon als Allarmsymptome aufgefasst, und die Patienten suchen zunächst den Augenarzt auf. Wie wichtig es dann ist die Entstehung und Veranlassung richtig zu deuten beweist G. ein eigener Fall. *Grünwald* nimmt an, dass es nicht selten möglich sein dürfte von der Nase her die Orbita anzugreifen und dem Eiter Abfluss zu verschaffen, und eine äussere Operation vermieden werden könnte. Im Interesse des Auges ist dieses aber von grosser Bedeutung.

Praesentirt sich uns also eine Orbitalphlegmone und besteht gleichzeitig eine Ozaena, so *muss* — nach dem bisher Ausgeführten — *ein Verdacht auf Empyem sofort rege werden.*

Giebt es nun genügend Anhaltspunkte, welche es schon dem Augenarzte ermöglichen einen Orbitalabscess als eine *Folge von Nebenhöhlen-Empyem zu erkennen?*

G. glaubt diese Frage bejahen zu können. Sein Material bilden 7 eigene Fälle, und zwei weitere stellt ihm College *Schroeder* freundlichst zur Verfügung. Aus der Literatur hat G. dann einige 20 Einzelbeobachtungen zusammengestellt. Ueber das Stirnhöhlenempyem bringt die bereits erwähnte grosse Zusammenstellung *Guillemain's* eine reiche Casuistik.

In seinen Fällen handelte es sich: 2 Mal (Männer) um Empyem der Stirnhöhle und des Siebbeins; 1 Fall von Empyem der Oberkieferhöhle (Weib); 1 Fall, in welchem Keilbein, Stirnbein, Siebbein und Oberkieferhöhle sich als erkrankt erwiesen (Weib); 1 Fall mit Erkrankung der vorderen Keilbeinwand und der hinteren Siebbeinzellen (Mann); 2 Fälle, in welchen wahrscheinlich das Siebbein allein Sitz der Erkrankung war.

In den *Schroeder*'schen Fällen handelte es sich 1 Mal um Eiterung am Keilbeine und Siebbeine und Durchbruch in die Orbita und Schädelhöhle (Weib); und das andere Mal um Caries und Eiterung im Keilbein und den hinteren Siebbeinzellen.

Bei bestehender Eiterung in der Orbita spricht für Nebenhöhlenerkrankung Folgendes:

Wenn die *Anamnese* ergiebt: chronischen oder mehrfachen acuten Schnupfen; seit langer Zeit bestehende Ozaena[1]), häufiges Nasenbluten, behindertes oder gänzlich aufgehobenes Athmen durch die der Orbitalphlegmone entsprechende Nasenseite. Angaben über häufige Zahnschmerzen und erduldete Extractionen. Ein langsames, mehr chronisches Auftreten des Exophthalmos. Mit einer Ausnahme, allwo sämmtliche Höhlen einer Seite erkrankt waren, und zudem eine acute Angina die Sache plötzlich anfachte, war die Verlagerung des Augapfels in G.'s Fällen, erst in Tagen ja Wochen vor sich gegangen. Die primäre und metastatische Phlegmone entwickelt sich aber stets acut und in 1—3 Tagen kann man schon einen totalen Exophthalmos vor sich sehen.

Objective Symptome: Ozaena, spontaner Abfluss grünlichen stinkenden Eiters aus der entsprechenden oder beiden Nasenöffnungen, das Ausschnauben ebenso beschaffenen oder mit Blut untermischten Eiters. Vollständig behinderte oder erschwerte Nasenathmung. Bei Inspection der Nasenöffnungen Verschwellungen und angetrocknete, stinkende Borken. An der hinteren Rachenwand und hinter dem Gaumensegel herabziehende Streifen grünlichen oder blutig stinkenden Eiters. Cariöse Backenzähne, unsauberes Gebiss.

Von Werth für die Diagnose ist ferner *die Lage der den Augapfel verdrängenden fluctuirenden Geschwulst, die Richtung in welcher der Augapfel hauptsächlich verdrängt ist*, sowie die *entsprechende Beweglichkeitsbeschränkung* des Auges.

Ist das Auge gleichmässig nach vorn gedrängt, lässt sich rings um den Orbitalrand keine fluctuirende Geschwulst fühlen und ist die Beweglichkeit nach allen Richtungen hin gleichmässig beschränkt, so spricht das für Durchbruch und Eiteransammlung in der Tiefe des Orbitaltrichters, kann also vom Keilbein, den hintersten Siebbeinzellen oder auch von der Stirnhöhle her erfolgt sein. Letzteres ist ja wohl nur dann möglich, wenn sich die Stirnhöhle weit genug nach hinten erstreckt und dort am dünnwandigsten ist. *Guillemain* giebt an, an Leichen constatirt zu haben, dass sich die Stirnhöhle bis über die Mitte des oberen Orbitaldaches nach hinten hin erstreckte.

Lässt sich die Geschwulst oben, oder oben-innen fühlen, und ist der Bulbus entsprechend nach unten und weniger nach aussen verdrängt, seine Beweglichkeit hauptsächlich nach oben hin beschränkt, so spricht das für einen Durchbruch von der Stirnhöhle her.

Grünwald sagt: «Eine Dislocation des Auges nach aussen und unten durch Vorwölbung am inneren oberen oder unteren Augenwinkel ist mit Wahrscheinlichkeit auf eine Eiteransammlung im Siebbein zu beziehen». Vier der Fälle G.'s sprechen für die Richtigkeit dieser Annahme, wenngleich sich in 2 Fällen ausser dem Siebbeine auch die Stirnhöhle als erkrankt erweist. Die Beweglichkeit ist hauptsächlich nach innen hin beschränkt. Sitzt die Geschwulst unten, oder unten und innen, ist der Augapfel nach oben oder oben aussen verdrängt, die Beweglichkeit nach unten besonders beschränkt, so muss die Eiterung von der Kieferhöhle ausgegangen sein.

Bei combinirten Erkrankungen und sehr stürmischem Verlaufe, lässt sich die Augapfelstellung und Beweglichkeit nicht entsprechend diagnostisch verwerthen.

Verschliesst man dem Patienten den Mund, und drückt die der Orbitalphlegmone abgekehrte Nasenseite zu, und presst der Patient jetzt Luft durch die kranke Nasenseite, so bemerkte G. ein *Anschwellen der Fluctuationsstelle mit folgendem Rückfall, wenn das Luftdurchpressen aufhörte.* Dieses Phänomen beobachtete G. auch während gleichzeitig etwas stinkender Eiter aus dem Nasenloche vorgepresst wurde.

In zwei Fällen gelang es bei *Druck auf die Geschwulst Eiter aus der Nase* abfliessen zu lassen.

Ist die Orbitalphlegmone bereits nach aussen zum Durchbruch gekommen oder bereits operativ eröffnet worden, so kann man, wenn der Patient aufgefordert wird, Luft durch die erkrankte Nasenseite zu pressen, beobachten, wie *an der Fistelöffnung* resp. der *Einschnittsstelle Luftblasen mit Eiter untermischt vorquellen.* Flüssigkeiten, welche durch die Einschnittsöffnung eingegossen werden, laufen mit Eiter reichlich untermischt zur Nase ab.

Die letztgenannten Symptome beweisen uns das Bestehen von Communicationsöffnungen zwischen der Orbita und den Nasenhöhlen, beweisen also auch die Erkrankung der Letzteren.

Knochenauftreibungen, welche ja für das Empyem der Stirn- und Kieferhöhle angegeben werden, hat G. nicht gesehen.

Nach der Eröffnung des Orbitalabscesses liefert dann ferner die *Sondenuntersuchung* von der Wunde aus stets den Nachweis über die bestehenden Zerstörungen der Knochenwände.

Bei bestehender Phlegmone vom Stirn- und Siebbein her hat G. in einem Falle eine Communicationsöffnung in der hinteren Wand des *Thränensackes* gefunden.

Blenorrhoische Affection des Thränen-Nasenganges ist bei Ozaena ungemein häufig, für ein bestehendes Empyem aber nicht charakteristisch.

Die subjectiven Symptome der Orbitalphlegmone in Folge Nebenhöhleneiterung sind wenig zuverlässig und charakteristisch. Das Allgemeinbefinden kann durch Fieber stark beeinträchtigt sein. Ueber Kopfschmerzen und Schmerzen am Auge und im Gesicht wird meist geklagt, ihre Bedeutung

[1]) Mit dem Ausdruck «Ozaena» will G. nur die stinkende Expirationsluft und das Vorhandensein stinkenden Eiters in der Nase bezeichnet haben etc.

ist aber unzuverlässig. So kann z. B. bei Bestehen eines Empyems in der Oberkieferhöhle über Schmerzen im Gebiete des N. supraorbitalis geklagt werden. Am charakteristischesten ist noch der Stirnkopfschmerz bei Empyen des Sinus frontalis, der sich bei Beklopfen der Nasenwurzelgegend steigert. Bei fehlendem Fluctuationsgefühl kann Druck gegen den Augapfel dazu verhelfen, die schmerzhafteste Seite in der Tiefe der Orbita zu constatiren. Allda wird man alsdann den Eitersitz vermuthen dürfen.

Beim Luftpressen durch die Nase gab ein Patient an, es zu «fühlen», wie Luft gegen die Stirn andrang.

Hiermit dürfte die Aufzählung alles dessen, was sich vorkommenden Falls dem Augenarzte darbietet, erschöpft sein. Es wird gewiss jeder zugeben, dass die Diagnose schon jetzt mit grösster Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann, auch ohne genaue Spiegelung und Sondirung der Nase und des Rachens. Besitzt man weder Instrumente noch Geschick, um eine Untersuchung der Nase vorzunehmen, so erübrigt zur Sicherung der Diagnose die Untersuchung durch einen Fachcollegen. Auch in seinem verzweifeltestem Falle hat G. dazu Zeit gefunden. Wie segensreich andererseits ein zeitiges Vorgehen von der Nase her sein kann, hat G. vor Kurzem beobachten können.

Therapie. Ist es uns gelungen, die Diagnose zu stellen: Phlegmone retrobulbaris in Abhängigkeit von Empyem der Nebenhöhlen, so wissen wir mit Sicherheit, dass wir es mit periostitischen Processen nebst Caries und Necrose zu thun haben. Es darf also die chirurgische Behandlung keinen Falls hinausgeschoben werden. Lässt sich Fluctuation nicht sicher fühlen, so räth G. zunächst den Versuch zu machen, von der Nase und Nebenhöhle aus dem Eiter Abfluss zu schaffen. Der Patient ist also darüber aufzuklären und einem Specialisten zuzuweisen. Ist dieses nicht möglich, so mag man, wenn das Auge noch in gutem Zustande ist, zuwarten, sobald demselben jedoch durch den steigenden Druck Gefahr droht, muss vorgegangen werden. Der Ort des Einstiches richtet sich natürlich gegen die Stelle, von woher man, nach Berücksichtigung aller Symptome, den Durchbruch des Eiters in die Orbita vermuthet. Lässt sich Fluctuation bereits fühlen, ist sofort ausgiebig zu eröffnen.

Ausspülung mit Sublimat. Jodoformgazetampon oder Drainage. Die Wunde ist womöglich so lange offen zu halten, bis das Auge nahezu seine normale Lage wiederum eingenommen hat. Keineswegs kann man sich aber hiermit begnügen! Hat der Augenarzt der Indicatio vitalis für das Auge Genüge geleistet, so muss der Nasenarzt, eventuell auch noch der Zahnarzt das Seinige thun. Der Process, der das Auge gefährdete, die Quelle der Eiterung muss aufgesucht und beseitigt werden.

Wie diese verborgenen Eiterungen sich verrathen wie man denselben von der Nase aus nachzuspüren und dieselben zu behandeln hat — ist soeben von Herrn Lunin auseinandergesetzt worden. Die Kenntniss der specielleren Symptomatologie der Nebenhöhlenerkrankungen ist uns gewiss nothwendig, um rechtzeitig zu erkennen und zu warnen. G. ist sich dessen bewusst, in früherer Zeit stets vollständig zufrieden gewesen zu sein, wenn es ihm bei bestehender Orbitalphlegmone gelang möglichst bald den gefahrdrohenden Exophthalmus zu beseitigen. Dass es hiermit aber noch lange nicht abgethan ist, diese Erkenntniss habe G. durch seinen Vortrag fördern wollen, dessen Inhalt sich in folgende Sätze zusammen fassen lässt.

Eine Eiterung in der Orbita ist ungleich häufiger eine secundär fortgeleitete Erkrankung. Die primäre Orbitalphlegmone ist eine seltene Erscheinung.

Die secundäre Form entsteht in Folge eitriger Entzündungen der Nebenhöhlen der Nase.

Bildet sich eine Orbitalphlegmone bei Patienten, welche an Stinknase litten oder noch leiden, so ist mit grösster Wahrscheinlichkeit Eiterung, Necrose und Caries in einer oder in mehreren Nebenhöhlen der Nase vorhanden.

Der fötide Geruch aus der Nase kann auch da bestehen, wo es sich nur um ein Empyem der Oberkieferhöhle handelt.

Es ist auch ohne Spiegelung und Sondirung der Nase möglich eine Orbitalphlegmone als Secundärerkrankung zu erkennen.

Nach Beseitigung der Orbitalphlegmone ist ohne Verzug die Behandlung der Nebenhöhleneiterung zu beginnen.

(Eine ausführliche Mittheilung der Krankengeschichten erfolgt im nächsten Hefte der «Mittheilungen aus der St. Petersburger Augenheilanstalt».)

3. Herr Th. v. Schroeder theilt zwei Fälle mit von retrobulbärer Phlegmone in Folge von Caries und Empyem der Siebbeinzellen und der Keilbeinhöhle. Diese Fälle illustriren und ergänzen das von Hrn. Dr. Germann soeben geschilderte Bild dieses Leidens und werden in seiner Arbeit genauer mitgetheilt werden.

I. 14-jähr. Mädchen, rec. 9. Nov. wegen Phlegmone retrobulbaris orbitae sin. Anamnese: Keine Allgemeinkrankheiten ausser Masern in der Kindheit. Blennorrhoea neonatorum mit Bildung von Maculae corneae auf beiden Augen und Occlusio pupillae sin. Seit 2 Jahren periodisches Nasenbluten aus dem linken Nasenloch; in letzter Zeit häufiger und stärker. Ozaena ebensolange. Kein Eiterausfluss. Anaemie durch die Blutungen, bisweilen Kopfschmerzen. Seit 14 Tagen Exophthalmos sin

Status praes: L. Auge: Oberes Lid mässig geröthet und geschwellt. Orbitalwand druckempfindlich; auch spontane Schmerzen. Bulbus etwa $1^1/_2$ Cm. nach vorn und gerade nach aussen verdrängt; in allen Richtungen weniger beweglich. An der medialen Wand der Orbita haselnussgrosser, glatter, harter, sehr druckempfindlicher Tumor.

Untersuchung der Nase (Dr. Lunin) ergiebt Caries der hinteren Ethmoidalzellen und der vorderen Wand der Keilbeinhöhle.

10. Nov. Incision des Orbitaltumors; kein Eiter. Caries der Lamina papyracea. Drain.

Verlauf: Rasche Besserung des Allgemeinbefindens, allmählicher Rückgang des Exophthalmos unter Ausspritzung der Orbita und der Nase und Auskratzen der cariösen Nasenknochen; Seit dem 19. November die Lamina papyracea durchbrochen; Durchspülung der Nase von der Orbita aus.

Schroeder betont die Wichtigkeit des frühzeitigen Erkennens des Nasenleidens, das gewiss viel öfter, als bisher angenommen, die Ursache der retrobulbären Phlegmone ist. Die richtige Diagnose veranlasste in vorstehendem Fall die energische causale Behandlung (Auskratzen und Ausspülen der Nase) und die frühzeitige Incision der phlegmonösen Geschwulst. Anderenfalls wäre der Bulbus den Gefahren des länger dauernden und stärkeren Exophthalmos ausgesetzt gewesen, und das Allgemeinbefinden hätte noch mehr gelitten. Die Ursache des Nasenleidens war nicht zu ermitteln; jedenfalls war aber dieses, das schon lange bestand, die Ursache der Orbitalphlegmone und nicht umgekehrt, wie das noch vielfach angenommen wird.

II. 25-jährige, kräftig gebaute Soldatenfrau: rec. 14. Okt. mit Phlegmone retrobulbaris oc. dt.

Anamnese: Keine besonderen Allgemeinleiden gewesen, keine Lues; zwei gesunde Kinder, von denen das letzte 6 Mon. alt. Vor 7 Jahren Entfernung eines Polypen aus der rechten Nasenhöhle mit folgendem Recidiv. Oft Schnupfen; kein Nasenbluten; zu Zeiten geruchloser Ausfluss schleimig-eitriger Flüssigkeit aus dem rechten Nasenloch, zuletzt im Frühling a. c. Keine Behandlung. Anfallsweise Kopfschmerzen, bes. in Stirn und Schläfe, bis zu 24 Std. dauernd. Am 19. September Anfall von Kopfschmerzen; am nächsten Tage Schmerzen in der Tiefe der rechten Orbita, wogegen vergeblich eine vom Augenarzt verschriebene Salbe gebraucht wurde. Am 5. Tage Verschlechterung des Sehvermögens und im Laufe von weiteren 2 Tagen totale Erblindung. Trotz Behandlung mit Salbe (Belladonna?) und KaJ, zunehmende Unbeweglichkeit, Exophthalmos und Schwellung der Lider. Schmerzen in Kopf und Auge unverändert. In letzter Zeit Fieber und allgemeine Schwäche.

Status praesens am 14. Oktober: Keine Zeichen von Lues und Tuberculose; Fieber 40°. Heftiger, nicht localisirter Kopfschmerz. Nn. trigeminus, facialis, acusticus normal.

Augen: L. normal. R. Lider geschwollen, roth; Ptosis; Chemosis der Conjunctiva; Cornea klar. Sehr starker Exophthalmos; Bulbus nach vorn und etwas nach aussen verdrängt. Vollständige Unbeweglichkeit. Mydriasis. Grosse Empfindlichkeit des oberen Orbitalrandes auf Druck, besonders in der Mitte. Unter letzterer die Haut stärker vorgewölbt, keine Fluctuation. Ophthalmoskop. Befund: Papille und Retina weisslich; Arterien fadenförmig; Venen von annähernd normalem Kaliber, das zur Peripherie hin abnimmt, geschlängelt, sehr dunkel, theilweise verschleiert; an ihnen zahlreiche Blutungen, (Demonstration des von Dr. Blessig angefertigten Bildes des Augenhintergrundes).

Nase: Polypen; Caries der Siebbeinzellen und des Keilbeins (Dr. Lunin).

Verlauf: 17. Oktober. Incision unter dem oberen Orbitalrande; viel dicker Eiter entleert; die Sonde zeigt Nekrose des Orbitaldachs, besonders der medialen Hälfte.

Das Fieber schwand bald vollständig; ebenso die Druckempfindlichkeit des Orbitalrandes; die Wunde sah rein aus und es entleerte sich wenig Eiter. Die allgemeine Schwäche und die heftigen Kopfschmerzen aber blieben bestehen. Dazu kam am 5. Tage nach der Incision Erbrechen, das sich in den nächsten Tagen verschieden stark wiederholte und am 10. Tage Abends sehr heftig war bei Puls 66 und Temp. 36. Am 11. Tage wurde Pat. mit Puls 48 ins Evangelische Hospital übergeführt, wo sie bei gleichem Pulse und Temp. zwischen 36° und 37° am 3. Tage starb. Ausfallssymptome von Seiten des Gehirns waren nicht vorhanden gewesen, Bewusstlosigkeit erst ganz zuletzt.

Die von Dr. Frankenhäuser ausgeführte Section ergab Folgendes: kleinapfelgrosser Abscess im rechten Stirnlappen; Meningitis serosa der rechten Hemisphaere; Empyem

der Stirn- und Keilbeinhöhle; Caries der Siebbeinzellen, der medialen Wand der Orbita und des Orbitaldaches bis zum Foramen opticum, besonders im medialen Theil. Eine Perforationsöffnung am Orbitaldach war nicht nachzuweisen, wohl aber entzündliche Veränderungen an der Dura unter dem Abscess. Dieser enthielt nur noch ein wenig Eiter.

Epikrise: Die Vernachlässigung des seit mehr als 7 Jahren bestehenden Nasenleidens hat allmählich zu Empyem der Nebenhöhlen der Nase und Caries der Siebbeinzellen, der medialen Wand der Orbita und des Orbitaldaches geführt. Letztere bedeutet stets eine grosse Gefahr für das Leben. Der Tod erfolgt meist durch eitrige Meningitis, seltener durch Abscess des Gehirns. Letzterer findet sich dann immer im entsprechenden Stirnlappen. In einem von v. Graefe mitgetheilten Fall soll der Eiter aus dem Abscess durch die Incisionsöffnung der Orbita entleert worden und Heilung eingetreten sein. Auch in obigem Fall scheint der Eiter durch die Orbita ausgetreten zu sein, da der Abscess bei der Section fast leer war. Ob die Behandlung des Nasenleidens zur Zeit der Entstehung der Phlegmone noch lebensrettend hätte wirken können, ist zweifelhaft; jedenfalls hätte sie versucht werden müssen. Zur Zeit der Aufnahme in's Hospital war Rettung nicht mehr möglich. Secretär: W. Beckmann.

Vermischtes.

— Dem hochverdienten Präsidenten der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit, wirkl. Geheimrath Prof. Dr. Zdekauer, sind anlässlich seines Rücktritts von dem Präsidium aus Altersrücksichten, mehrere Auszeichnungen zu Theil geworden. Abgesehen von der von uns in der vorigen Nummer bereits erwähnten, in höchst anerkennenswerthen Worten abgefassten Adresse, welche ihm in der Plenarversammlung der Gesellschaft überreicht wurde, hat die Gesellschaft ihn zum Ehrenmitgliede des Conseils der genannten Gesellschaft gewählt und ihm die zum Andenken an den in Gott entschlafenen Kaiser Alexander II. zur Belohnung von besonderen Verdiensten um die Gesellschaft gestiftete goldene Medaille zuerkannt, welche seit ihrer Stiftung zum ersten Mal verliehen wird. Unabhängig hiervon hat das Conseil, um das Andenken an die hervorragende Thätigkeit Prof. Zdekauers blühend zu erhalten, beschlossen, bei der Generalversammlung die Bewilligung eines Capitals von 1000 Rubeln aus den Mitteln der Gesellschaft zu beantragen, dessen Zinsen alle 6 Jahre zur Verleihung einer Prämie auf den Namen N. Zdekauers für die beste Arbeit oder Leistung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens verwandt werden sollen.

— Ernannt: Der Divisionsarzt der 7. Cavallerie Division, Staatsrath Dr. Assotski — zum Gehülfen des Militär-Medicinalinspectors des Moskauschen Militärbezirks, das Ehrenmitglied des St. Petersburger Conseils der Kinderasyle, Collegienrath Dr. Bursian — zum Director des Kinderasyls der Grossfürstin Alexandra Nikolajewna in St. Petersburg; der Privatdocent der Charkower Universität, Dr. Muchin — zum Docenten der speciellen Pathologie und Therapie an der Warschauer Universität.

— Angestellt: der verabschiedete Arzt Oehrn als Stadtarzt in Taschkent.

— Verabschiedet auf ihr Ansuchen: der Director des Kinderasyls der Grossfürstin Alexandra Nikolajewna in St. Petersburg, wirkl. Staatsrath Dr. Wirenius und das Ehrenmitglied des Curatoren-Conseils des Asyls des Prinzen Peter von Oldenburg, wirkl. Staatsrath Rochel.

— Verstorben: 1) Am 22. Januar in Welsk (Gouv. Wologda) der Landschaftsarzt A. P. Dmitrijew an Endocarditis im 56. Lebensjahre. Der Verstorbene, ein Schüler der Moskauer Universität, war unter den Einwohnern der Stadt als Arzt wie als Mensch sehr beliebt. 2) In Atschinsk (Gouv. Jeniseisk) der dortige Stadtarzt D. D. Orlow am Flecktyphus, mit dem er sich im örtlichen Gefängnisshospital inficirt hatte. Es ist in kurzer Zeit bereits der zweite Arzt in diesem Hospital ein Opfer des Flecktyphus geworden, denn vor einigen Wochen starb Dr. Smirnow (cf. Nr. 4, S. 37 d. Wochenschrift) mit welchem Orlow im vorigen Jahre gleichzeitig den Cursus in Tomsk absolvirt hatte, ebenfalls an dieser Krankheit die er sich im genannten Gefängnisshospital zugezogen hatte. 3) Am 24. December in Saratow der dortige Arzt Gabriel Wostokow an einem Gehirntumor im 35. Lebensjahre. 4) Der jüngere Arzt des Kurskschen Infanterieregiments, Hofrath Heimann Goldstein im Alter von 50 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Tauroggen und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1868—76 studirte und auch den Arztgrad erlangte.

— Der Nestor der deutschen Chirurgen, Prof. Dr. Franz v. Ried in Jena, beging am 11. Februar n. St. seinen 85. Geburtstag.

— Am 6. Febr. n. St., als am Todestage Prof. Billroths veranstaltete die Gesellschaft der Aerzte in Wien eine feierliche Sitzung, in welcher die im Sitzungssaale des Aerztehauses errichtete Büste Billroths enthüllt wurde. Gedächtnissreden hielten bei dieser Gelegenheit die langjährigen Collegen des Verewigten an der Wiener Universität, die Professoren Dittel und Albert.

— Der Kieler Kliniker Prof. Quincke feierte am 4 Febr. n. St. das 25-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit.

— Der bekannte Chirurg, Prof. Dr. Thiersch in Leipzig, ist an der Influenza erkrankt, soll sich aber bereits auf dem Wege der Besserung befinden.

— Prof. Dr. Guido Bacelli in Rom, bekanntlich Präsident des letzten internationalen medicinischen Congresses ist von der Harveyan Society einstimmig zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Unter den neuen französischen Ministern befinden sich zwei Aerzte, und zwar der Minister der Landwirthschaft, Dr. Gadaud und der Minister der Colonien, Dr. Chautemps.

— Der ausserordentliche Professor der gerichtlichen Medicin an der deutschen Universität zu Prag, Dr. Dittrich, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat beschlossen, künftig zur Doctor-Promotion nur solche Aerzte zuzulassen, welche das Doctorexamen bei der Academie und nicht bei den Universitäten abgelegt haben. Die Academie beabsichtigt auch noch weiter zu gehen, und die Zulassung der Aerzte, welche an Universitäten studirt haben, zum Doctorexamen an der Academie zu beschränken. Veranlassung dazu hat der Umstand gegeben, dass der Zudrang zum Doctorexamen an der Academie in letzter Zeit ein allzugrosser (150 bis 200 Aerzte jährlich) geworden ist, während an den medicinischen Facultäten der russischen Universitäten in einem Jahre kaum 15—20 Aerzte sich zum Doctorexamen melden.

— Im Mai d. J. wird hierselbst eine Versammlung der Landschaftsärzte des St. Petersburger Gouvernements stattfinden.

— Die Stadt Jurjew (Dorpat) besitzt, obwohl sie zu den grösseren und wohlhabenderen Städten gehört und über 40,000 Einwohner zählt, bis jetzt bekanntlich kein eigenes städtisches Krankenhaus. Da nun ein solches eigenes Stadthospital ein dringendes Bedürfniss geworden ist, so hat die Stadtverordneten-Versammlung beschlossen, höheren Orts darum zu petitioniren, dass das örtliche Bezirkshospital, welche sich gegenwärtig in vorzüglichem Zustande befindet und mit vielen, den modernen Anforderungen genügenden inneren Einrichtungen versehen ist, der Stadt übergeben werde, behufs Fortführung desselben als städtisches Hospital III. Classe, wobei die Stadt die darauf ruhenden Schulden im Betrage von etwa 8000 Rbl. übernehmen würde.

— Die St. Petersburger städtische Hospital-Commission bringt zur öffentlichen Kenntniss, dass der Posten eines Oberarztes in der von der Stadtverwaltung neu errichteten Irrencolonie auf der Nowosnamenskischen Datsche (3 Werst von der Station Ssergiewo der baltischen Eisenbahn belegen) vacant geworden ist und fordert die Herren Aerzte, welche als Candidaten für diesen Posten auftreten wollen, auf, sich bei dieser Commission zu melden. Von dem Candidaten für den Posten des Oberarztes wird verlangt, dass derselbe, abgesehen von dem Grade eines Doctors der Medicin, mindestens 10 Jahre in Hospitälern oder Kliniken und davon mindestens 5 Jahre als Leiter einer psychiatrischen Abtheilung praktisch thätig gewesen ist oder einen anderen entsprechenden Posten an einem Hospital oder einer Klinik bekleidet hat. Der Oberarzt der Irrencolonie steht in der V. Rangclasse und bezieht ein Gehalt von 3000 Rbl. nebst freier Wohnung.

Die Bewerber haben ihre Documente, ein eigenhändig geschriebenes Curriculum vitae, sowie ihre wissenschaftlichen Arbeiten mit einer Bittschrift auf den Namen des Präses der städtischen Hospitalcommission (St. Petersburg im Dumagebäude) bis zum 15. März 1895 einzureichen. Die Wahl des Oberarztes geschieht durch die städtische Hospitalcommission nach vorhergehender Beurtheilung der Candidaten von dem Conseil der Oberärzte der Stadthospitäler. Die Bestätigung der Wahl hängt von der vereinigten Sitzung der städtischen Hospitalcommission und der städtischen Sanitätscommission St. Petersburger ab.

— Im Deutschen Reiche sind im Prüfungsjahre 1893/94 — 1405 praktische Aerzte und 672 Apotheker approbirt worden.

— Die Choleraepidemie in Russland ist dem Erlöschen nahe. Selbst in Podolien, wo die Seuche noch zu Anfang dieses Jahres in erheblichem Grade herrschte, sind nach dem letzten officiellen Bulletin vom 22.—28. Januar nur 4 Neuerkrankungen und 4 Todesfälle der Cholera vorgekommen. Aufgeführt werden in dem Bulletin noch Wolhynien mit 20 Erkrankungen und 10 Todesfällen (vom 15.—21. Jan.) und das Gouvernement Tschernigow mit 6 Erkrankungen und 3 Todesfällen (vom 1.—21. Januar).

Vacanzen.

1) Im Gouvernement Archangel sind 2 Dorfarztstellen zu besetzen, die eine am Ufer des Weissen Meeres im Flecken Nenoks, 73 Werst von Archangelsk entfernt; die andere im Kirchdorfe Ustwaga, 87 Werst von Schenkursk entfernt. Die Aerzte stehen im Staatsdienste. Gehalt und Tischgelder 1225 R. und Fahrtengelder 300 Rbl jährlich. Die Meldung geschieht bei der «Архангельское Губернское Правленіе.»

2) Für den Flecken Püchtitz bei der Eisenbahnstation Jewe in Estland wird ein Arzt (Christ) gesucht. Der Arzt ist verpflichtet die Einwohner des dortiger Klosters zu behandeln und am Sonntag auf der Statiton Jewe die ambulanten Kranken zu empfangen. Geh. 1000 R. und freies Quartier von 5 Zimmern. Adresse: «Черезъ станцію Іевве, въ Пюхтицкій монастырь, игуменьѣ Варварѣ».

3) Zur Unterdrückung der Scharlach- und Diphtherieepidemie im Gebiet der Donischen Kosaken werden acht Aerzte gesucht. Gehalt 150 Rbl. monatlich. Adresse: «Областный Врачебный Инспекторъ въ Новочеркасскѣ.»

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. Februar 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. Februar 1895.

Дозв. ценз. Спб. 11 Февраля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, 18. Februar (2. März) **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — **Referate**: W. v. Bechterew: Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauches der Bromide und der Adonis vernalis bei Epilepsie. — A. Schlossmann: Diphtherie und Diphtheriebacillus. — **Bücheranzeigen und Besprechungen**: Alfred Hoffa: Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. — P. J. Möbius: Neurologische Beiträge. — **Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.** — **Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar. Dritte Sitzung.** — **Vermischtes.** — **Vacanzen.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R.*)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Fall II.

Die 45-jährige Kranke litt seit einem Jahre an Bauchwassersucht und war deswegen mehrmals punctirt worden. Dabei bestanden Athemnoth, Herzklopfen und Stiche in der Herzgegend. Symptome, die sich auch früher schon in geringerem Grade bemerkbar gemacht hatten. Vor 8 Monaten apoplectiformer Insult mit linksseitiger, auch bei der Aufnahme noch nachweisbarer Hemiparese. Es bestand starker Ascites mit bedeutender Verdrängung des Zwerchfells. Alle sichtbaren Venen stark geschwellt, ectasirt. Mässiges Oedem der unteren Extremitäten. Stauungsharn. Spitzenstoss nicht nachweisbar. Herzdämpfung 1½ Querf. über den rechten Sternalrand und 2 Querf. über die linke Mammillarlinie reichend. An der Herzspitze hörte man im Liegen ein weiches systolisches Geräusch, keine Spur von Tönen. Die Töne des rechten Herzens waren verstärkt. Ueber der Aorta schwacher Klappenton. Zweiter Pulmonalton accentuirt. Im Stehen hörte man neben dem Geräusch an der Spitze auch einen schwachen Herzton; die Töne des rechten Herzens nahmen an Stärke zu. Arterien in geringem Grade sclerotisch, schwach gespannt. Puls regelmässig.

Während der ersten 3 Beobachtungswochen nahm der Ascites beständig zu. Dabei steigerten sich das Oedem der Beine, die Arhythmie und Dyspnoe. Es wurde Stauungsrasseln hörbar. Sofort nach der dann ausgeführten Punction und Entleerung von 12000 Cm³. Ascitesflüssigkeit begann reichliche Diurese, Schwinden des Oedems und der Dyspnoe. Die fühlbar gewordene Leber wies eine höckerige Oberfläche auf. Sie und die Milz waren durch Stauung vergrössert. Bei der Entlassung, am 10. Tage nach der Operation, hörte man an allen Herzostien laute und reine Herztöne, ein ganz kurzes und schwaches systolisches Spitzengeräusch und leichte Accentuirung des zweiten Pulmonaltons. Die Arhythmie war fast geschwunden. Die Herzdämpfung reichte nur noch bis zum rechten Sternalrand.

*) cf. diese Wochenschrift № 1 und 4.

Es unterliegt wol keinem Zweifel, dass erstens Widerstände primärer Art im Herzen selbst in Form einer Mitralinsufficienz vorhanden waren. Zweitens machten sich im Stromgebiet des grossen Kreislaufs Widerstände secundärer Art geltend, in der Arterienbahn durch einen mässigen Grad von Sclerose, in der Venenbahn durch einen höheren Grad von Lebercirrhose. Die mässige Arteriosclerose hätte allein dem Herzen nur wenig zu schaffen gemacht, um so weniger als für Vorhandensein von Schrumpfnieren keine positiven Anhaltspunkte gefunden wurden, und ein höherer Grad von Coronararteriensclerose mit consecutiver Degeneration des Herzmuskels, trotz der beobachteten Arhythmie, ausgeschlossen werden konnte. Mithin lag das Haupthemmniss in der Portalbahn. Die eigenartige Einfügung des Portalgebietes in eine Venenzweigbahn macht es verständlich, dass von hier ausgegangene Widerstände rückwirkende Kraft auf das Herz relativ spät erlangen, erst dann, wenn die Stauung im Bauchraum bis zu stärkerer Empordrängung des Zwerchfells vorgeschritten ist. Erst dann, wenn der bis dahin auf collateralen Bahnen erhaltene Ausgleich mit fortschreitender Abnahme der aspiratorischen Lungenthätigkeit immer mehr in Stockung (Schwellung der sichtbaren Venen) geräth, wird der linke Ventrikel hypertrophisch. Bei erhaltener Schlussfähigkeit der Klappen äussert sich also die durch solche Umstände herbeigeführte Herzüberlastung im linken Ventrikel. Anders in unserem Fall!

Gesetzt der linke Ventrikel eines mit normal functionirenden Klappen versehenen Herzens schleudere während jeder Systole eine seinem ganzen Rauminhalt gleichkommende Blutmenge a in die Aorta. Ist das Mitralventil insufficient geworden, so fehlt dem linken Ventrikel zunächst sein Stützpunkt, — die Propulsion wird ungenügend. Von a kommt ein dem Grade der Klappeninsufficienz entsprechender Theil b in Abzug, welcher während der Systole in den linken Vorhof zurückgeschleudert wird; die Aorta erhält mithin nur a—b. Damit die systolische Propulsionsgrösse des linken Ventrikels einigermaassen erhalten bleibe, muss also seine Capacität um b

zunehmen, muss ferner der linke Vorhof sich um ein Gleiches dilatiren, und endlich der linke Ventrikel hypertrophiren. Alsdann vermag der linke Ventrikel während der Diastole a + b in sich zu bergen und folglich während der Systole a fast ungeschmälert in die Aorta zu befördern. (A. Weil). Das Wesentliche einer solchen Umgestaltung des Herzens ist ein gewisser Verlust von Selbständigkeit des linken Ventrikels; sein Stützpunkt ist gewissermaassen weiter nach hinten gerückt, von allen hinzukommenden Mehrforderungen werden fortan auch der kleine Kreislauf und somit der rechte Ventrikel mitbetroffen werden. Darum war dieser bei unserer Kranken schliesslich in hohem Grade überlastet; dazu deuteten die Unhörbarkeit des ersten Tones an der Herzspitze und die Schwäche des Aortentones auf eine starke Dilatation des linken Ventrikels.

Es konnte demnach erwartet werden, dass sich die Entlastung nach der Punktion in einer Verringerung der Arbeitsanspannung des rechten Ventrikels und in einer Abnahme der Erweiterung des linken Ventrikels kundgeben würde. Neben der Bestätigung dessen brachte aber der endgültig erreichte Effect noch eine andere unerwartete Aufklärung. Das systolische Spitzengeräusch war bis auf einen kleinen Rest geschwunden, es musste offenbar die auch dann noch bestehende Insufficienz der Mitralklappen vordem passiv vergrössert gewesen sein, — die Schlussunfähigkeit war also zum grossen Theil eine sogenannte relative gewesen. Jede Contraction des linken Ventrikels hatte eine umso grössere Blutmenge in den linken Vorhof zurück geschleudert, die systolische Triebgrösse des linken Ventrikels und seine diastolische Schöpfkraft waren um so kleiner geworden, je mehr die Widerstände im grossen Kreislauf anwuchsen. Mit dem Wegfall dieser gewann der linke Ventrikel seinen Stützpunkt wieder zum grossen Theil in den Mitralklappen, und fortan lasteten auf dem rechten Ventrikel nur die Folgen der übrig gebliebenen geringen Klappeninsufficiens.

Der Blutdruck war natürlich niedrig, im Durchschnitt nur 105,6. Da aus der Zeit nach geschehener Punction leider nur eine Untersuchung vorliegt, kann aus dieser einen Zahl über den durchschnittlichen Stand des Blutdrucks in dieser Beobachtungsperiode nichts Sicheres ausgesagt werden.

Bedauernswerth ist, dass ich für diese Phase keine sphygmographischen Curven beibringen kann. Der Charakter der Arhytmie war dadurch gekennzeichnet, dass Intermissionen eigentlich nicht vorhanden waren, und dass die Länge des absteigenden Wellenschenkels der des ansteigenden direct proportional zu sein schien. Sie unterschied sich hierdurch sowol, als auch durch die nach der Punction eingetretene nahezu vollkommene Regelmässigkeit des Pulses wesentlich von einer durch Myocarddegeneration bedingten Arhythmie. Die Curven zeigen für liegende Haltung (Curve 20) Ueberwiegen von Vc, im Stehen (Curve 21) bedeutende Zunahme der Frequenz und Abnahme von Asp (Tiefersinken der Rückstosselevationen).

Die Respirationsfrequenz war vor der Punction im Durchschnitt 39,3 — nachher 32.

Der Blutdruck sank während der Bäder im Durchschnitt um 26,8. Mit 2 Ausnahmen wurde während der ersten halben Stunde nach dem Bade der Anfangsdruck nicht erreicht; dagegen überstieg das aus 8 während der zweiten halben Stunde nach dem Bade geschehenen Untersuchungen gefundene Mittel den durchschnittlichen Anfangswerth um 3,8. Eine Vergleichung der Blutdruckbeeinflussung durch das Bad vor und nach der Punction verbietet sich, weil aus letzterer Periode keine genügende Anzahl von Messungen vorliegt.

Die am 25. Juni aufgenommenen Curven lassen erkennen, dass im Bade (Curve 22) die Herzaction verlangsamt, und bei Abnahme von Asp (keine Elasticitätsschwankungen, Tiefstand der nur undeutlich ausgeprägten Rückstosselevation) Vc verstärkt war; Bd war von 105 auf 70 gesunken. 20' nach dem Bade ist Bd im Liegen (Curve 23) auf 92 angestiegen, Asp hat zu- und Vc abgenommen; demgegenüber ist beim Stehen (Curve 24) Vc nur wenig höher, Asp aber bedeutend niedriger. 40' nach dem Bade zeigt Asp für beide Körperlagen annähernd gleiches Verhalten wie bei der vorhergegangenen Untersuchung, die Erhebung des Blutdrucks auf 107 im Liegen ist also durch die Zunahme von Vc (Curve 25) bewirkt; im Stehen überwiegt Vc noch mehr als vordem (Curve 26).

Die Respirationsfrequenz stieg im Bade im Mittel um 2,9 und blieb auch am Schluss der ersten Stunde nach dem Bade im Mittel um 0,7 höher als zu Anfang. Auch das deutet auf eine durch das Bad bewirkte Erschwerung der Circulationsverhältnisse.

Folgerungen.

1) Die Ueberlastung des rechten und der Leistungsmangel des linken Ventrikels waren durch das Bestehen der Mitralinsufficienz bedingt, sie wuchsen mit der Zunahme der Widerstände im grossen Kreislauf und der diesen entsprechenden Dehnung des Mitralostiums. Indessen vermögen Stauungen im Portalgebiet die Herzarbeit direct nicht zu beeinflussen, indirect wirken sie in diesem Sinne erst dann, wenn ihr Druck bis zu Erschwerung des Abflusses aus der Vena cava inferior in höherem Grade angestiegen ist. Weil dieser Grad zur Zeit der Curvenaufnahme noch nicht erreicht war, vermochte auch die beim Uebergang zu stehender Haltung normaliter eintretende Pulsionserniedrigung nicht alterirt zu werden.

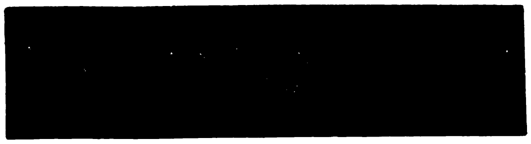
2) Der durch die Punction erzielte Effect bestand im Hinblick auf die Circulationsverhältnisse der Hauptsache nach in Wiederherstellung eines unbehinderten Abflusses des venösen Stromes aus der unteren Hohlvene.

3) Während der Ascites bestand, bewirkte das warme Bad sogar zu einer Zeit, als unter gewöhnlichen Bedingungen die Widerstände des Venenstroms einen rückwirkenden Einfluss auf die Herzarbeit noch nicht erkennen liessen, eine von der Dauer der Gefässerweiterung abhängige Störung, welche auf Erschwerung der Herzarbeit durch Hemmung des venösen Abflusses (Insufficientwerden der Venenklappen?) zu beziehen war. Darum stieg nach dem Bade während des Andauerns letzterer die Pulsionshöhe beim Uebergang zu stehender Haltung um so höher, je mehr die anfänglich gesteigerte Arterienspannung (Arterientonus!) zur Norm zurückkehrte.

Fall III.

Die seit 6 Monaten in Folge von acutem Gelenkrheumatismus an Herzklopfen und Athemnoth, seit 2 Monaten an Ascites leidende 40-jährige Kranke wurde zu später Abendstunde in höchstem Grade cyanotisch, dyspnoïsch und fast pulslos eingebracht. Die sofort ausgeführte Punction förderte anfangs nur 700 Cm³., bis zum anderen Morgen dagegen eine grössere Menge Flüssigkeit zu Tage. Dabei hatten sich Cyanose und Dyspnoe vermindert, und der Puls war fühlbar geworden. Es bestand trotzdem noch starker Ascites und starkes Oedem der Beine. Zwerchfell verdrängt. Brustkorb sagittal erweitert. Lungenemphysem. Herzshoc vom 4. bis 6. JR schwach fühlbar. Herzdämpfung ½ Querf. über die linke Mammillarlinie reichend. An der Herzspitze im Liegen und Stehen während der Systole ein weiches Geräusch und ein über die ganze Herzgegend sich verbreitendes musicalisches Pfeifen. Zweiter Aortenton schwach. Töne des rechten Herzens rein. Lauter Accent auf dem zweiten Pulmonalton. Arterien eng, mit Zeichen beginnender Sclerose. Puls arhythmisch.

Während der einwöchentlichen Beobachtung war unter reichlicher Diurese und noch etliche Tage lang fortgedauertem Aussickern aus der Punctionsöffnung relative Heilung eingetreten. An der Herzspitze war neben klaren Tönen nur noch ein ganz kurzes systolisches Geräusch hörbar. Die Töne des rechten Herzens blieben verstärkt. Herzdämpfung besonders links kleiner geworden. Die fühlbar gewordene Leber wies eine höckerige Oberfläche auf. Sie und die Milz leicht vergrössert.



20



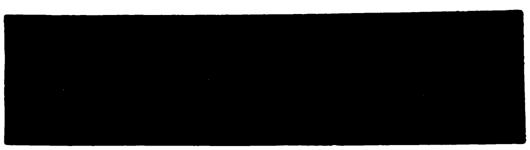
21



22



23



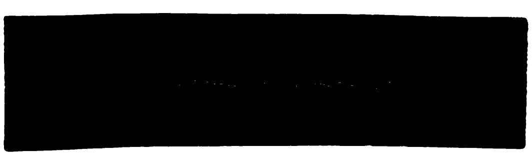
24



25



26



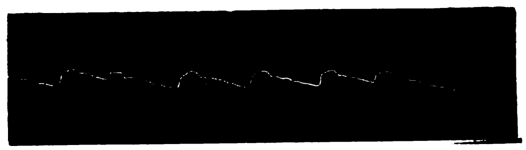
27



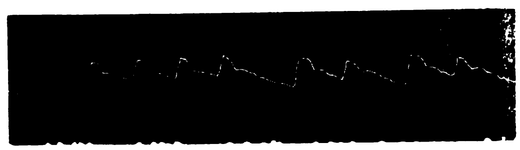
28



29



30



31



32



33



34



35

Als Pendant zu Fall II ist diese Krankengeschichte geeignet, weil die Beobachtung zum Haupttheil aus der Zeit nach gemachter Punction stammt, sehr erwünschte Ergänzungen zu bieten. Auch hier war das Herz durch Bestehen einer Mitralinsufficienz primär afficirt. Auch hier waren beginnende Arteriosclerose und leichte Arhythmie zugegen, auch hier kamen Stauung im Portalgebiet und Erschwerung des venösen Abflusses aus der unteren Hohlvene hinzu. Wie in jenem, so konnte auch in diesem Falle Gegenwart chronischer Nierenerkrankung und weiter vorgeschrittener Degeneration des Myocards ausgeschlossen werden. Nur in einem Punkte lagen die Verhältnisse in diesem Falle ungünstiger, durch Gegenwart eines höheren Grades von Lungenemphysem. Die Patientin kam erst dann zur Behandlung, als die Widerstände von Seiten des Venenstromes bereits dominirend geworden waren, und das Herz alle Stufen der Ueberlastung in gleicher Reihenfolge erlitten hatte wie das Herz der sub II besprochenen Kranken.

Die Annahme, dass auch bei dieser Kranken die ursprünglich organische Mitralinsufficienz eine sogenannte relative Erweiterung erfahren hatte, wurde durch die im weiteren Verlaufe beobachtete Verkürzung des systolischen Geräusches, durch die Zunahme der Leistungsfähigkeit und Abnahme der Dilatation des linken Ventrikels erhärtet. Den Ursachen für die Entstehung des daneben gehörten Pfeifens nachzuforschen ist nicht nöthig, weil eine weitere Klärung der Circulationsverhältnisse hiervon nicht zu erwarten ist.

Im Laufe von 3 Beobachtungstagen hatte unter dem Fortschreiten der Entlastung der Blutdruck in Folge von Steigerung des Arterientonus und Zunahme der Pulsionskraft des linken Ventrikels von 114 bis 122 zugenommen.

Dass am ersten Tage nach der Punction die Arbeitsbedingungen des linken Ventrikels noch ungünstige waren, weil die erhöhten Widerstände im Venenstrome noch fortbestanden, lässt sich aus der Zunahme von Vc beim Stehen erkennen (Curven 27 und 28). Der hohe Grad der Mitralinsufficienz ist durch die geringe Höhe der ansteigenden Wellenschenkel gekennzeichnet.

Die Respirationsfrequenz betrug wegen der Gegenwart eines höheren Grades von Lungenemphysem im Mittel nur 15,2.

Im Bade fiel der Blutdruck im Mittel aus allen Messungen von 115,8 auf 87,8 — also um 28. Der Durchschnittswerth von 4 Untersuchungen der zweiten halben Stunde nach dem Bade überstieg das Anfangsmittel um 4,7. Vergleicht man diese Blutdruckschwankungen mit denen des Falles II so findet man eine auffallende Uebereinstimmung der Badwirkungen. Dort sank das Blutdruckmittel im Bade um 26,8 — hier um 28, dort erhob es sich in der zweiten halben Stunde nach dem Bade um 3,8 über das Anfangsmittel — hier um 4,7.

Auf die im Bade erfolgende allgemeine Gefässerweiterung reagirte das Herz, wie aus der am Tage nach der Punction aufgenommenen Curve 29 ersichtlich ist, mit qualitativer Steigerung von Vc Bd war von 114 auf 81 gesunken. Die Elasticitätsschwankungen fehlen fast vollständig, die Abstumpfung der Wellengipfel entspricht einer verlangsamten Entleerung des linken Ventrikels (keine Rückstosselevationen!). 10' nach dem Bade ist für liegende Haltung der schon im Bade angedeutete Anacrotismus deutlicher geworden (Curve 30), die Höhe von Vc hat ab-, Asp hat zugenommen. Bd ist auf 104 angestiegen. Im Stehen (Curve 31) ist der Wellengipfel nicht mehr so stumpf, Asp ist niedriger, Vc dagegen höher geworden. 35' nach dem Bade ist Bd auf 123 im Liegen angestiegen, also um 9 höher als zu Anfang des Versuchs. Die Curve 32 hat Nichts mehr vom ursprünglichen, der Mitralinsufficienz entsprechenden Charakter (hohe Wellen — spitze Gipfel). Curve 33 für stehende Haltung ist gewiss nicht richtig (falsches Aufliegen der Pelotte), denn Asp ist abgesunken, die Steigerung der Widerstände im Venenstrom bei aufrechter Haltung fordert daher, wie die zu einer noch späteren Zeit nach dem Bade aufgenommene Curve 35 lehrt, Aufschnellen von Vc; es müsste zudem, weil Asp abgesunken ist, der Wellengipfel unter allen Umständen sich nicht stumpfer, sondern spitzer als im Liegen gestaltet haben. 65' nach dem Bade ist Bd zur Norm zurückgekehrt, und Vc ist dementsprechend niedriger geworden. Die Curve 34 lässt keine weitere Veränderung von Asp erkennen, es muss also auch dann noch die Erweiterung des nicht arteriellen Gefässgebietes fortgedauert haben, da im Stehen (Curve 35) die qualitative Steigerung von Vc deutlich ist. — Das warme Bad steigerte also die Ventrikelcontractionen. Sofort nach Beendigung des Bades stieg die während des Versuchs gesunkene Arterienspannung, offenbar in Folge reflectorischer Erregung des Arterientonus (Anacrotismus). Die qualitative Steigerung der Ventrikelcontractionen über die Norm entsprach dem Verhalten des Blutdrucks und war in ihrer Dauer von der nach dem Bade langsamer abgeklungenen Erweiterung des nicht arteriellen Gefässgebietes abhängig; dabei überwogen, wie auch vor dem Bade, die Ventrikelcontractionen beim Uebergang zur stehenden Haltung.

Ein Vergleich der mittleren Respirationsfrequenzen ergiebt Sinken dieser im Bade um 0,4 und zunehmendes Steigen während der ersten Stunde nach dem Bade bis um 1,6 über das Anfangsmittel. Ein solches Verhalten nähert sich demjenigen von Fall I während und nach der Strophantusmedication und lässt daher, im Gegensatz zu demjenigen von Fall II, auch in dieser Hinsicht die Wirkung der Bäder als günstig erkennen.

Folgerungen.

1) Die Rückwirkung der im Venenstrom stark gesteigerten Wiederstände auf das Herz wurde entsprechend der verzögerten Ascitesentleerung nur allmälig vernichtet. Trotzdem liess sich schon im Beginn dieser Beobachtungsperiode Steigerung der Leistungsfähigkeit des linken Ventrikels erkennen.

2) Dank dieser gesteigerten Leistungsfähigkeit vermochte der linke Ventrikel die während des Bades angestiegenen und nachher nur langsam abgeklungenen Widerstände im Venenstrom durch Verstärkung seiner Pulsionen selbst dann zu überwinden, als er unter gewöhnlichen Bedingungen noch von allen Strömungsänderungen im Gebiete der unteren Hohlvene direct abhängig war. Daraus folgt, dass, trotz der in und kurze Zeit nach dem Bade beobachteten Verlangsamung der Ventrikelsystole, das warme Bad dieser Periode die Energie des Herzens, in Sonderheit des linken Ventrikels, vorübergehend günstig anzuregen geeignet war.

Referate.

W. v. Bechterew: Ueber die Bedeutung des gleichzeitigen Gebrauches der Bromide und der Adonis vernalis bei Epilepsie. (Neurolog. Centralbl. 1894 № 23)

Ausgehend von der Erwägung, dass dem epileptischen Anfall vasomotorische Veränderungen im Gehirn im Sinne einer activen Hyperämie zu Grunde liegen müssen, suchte B. bei Behandlung der Epilepsie die Bromide mit einem Mittel zu combiniren, welches im Stande wäre, die erweiterten Gehirngefässe zu verengen. Ein solches Mittel scheint ihm die Adonis vernalis zu repräsentiren. B. verordnet ein Infus. Adon. vernal. 2,0 3,75 auf 180,0 Colatur nebst 7.5—11,25 Bromsalzen, eventuell unter Zusatz von 0,12 Codeïn. Von dieser Mischung können je nach Bedarf 4—8 Esslöffel pro die gegeben werden, ohne dass selbst bei Monate langem Gebrauch schädliche Nebenwirkungen auftreten. Die Erfolge, die B. von dieser Behandlung sah, waren günstige. Nicht selten hörten die Anfälle ganz auf (auf wie lange?); in anderen Fällen verminderte sich wenigstens ihre Intensität und Häufigkeit. Zum Beweise des

Gesagten werden 2 Krankengeschichten mitgetheilt; in beiden handelt es sich um schwere Fälle genuiner Epilepsie, die durch die bisher übliche Brombehandlung wenig oder garnicht beeinflusst worden waren, während durch die combinirte Darreichung des Adonalis vernalis und der Bromide die Anfälle zum Schwinden gebracht wurden. Wenn diese Beobachtungen wegen ihrer geringen Anzahl und wegen der Kürze der Beobachtungszeit auch nicht das beweisen, was sie nach B. beweisen sollen, so dürfte eine Nachprüfung der von B. empfohlenen Verordnung immerhin des Versuchs werth sein.

Weiss.

A. Schlossmann: Diphtherie und Diphtheriebacillus. Sammlung: Klinische Zeit- und Streitfragen. Wien 1894. Verlag von A. Hölder.

Alle Beobachter sind darin einig, dass die Diphtherie in Bezug auf Frequenz, als wie auf Malignität in einer fortwährenden Steigerung begriffen ist. Bei der Schilderung des Krankheitsbildes und Verlaufes wird auf die eventuelle Betheiligung der Niere grosses Gewicht gelegt. Bei 279 Fällen fand sich 131 mal Albuminurie (Baginsky), von diesen 131 starben 50,37 pCt., während der Mortalitätscoefficient für Fälle ohne Albuminurie nur 14,2 pCt. betrug. Da die Auseinanderhaltung der verschiedenen Formen der Angina von der Diphtherie häufig auf Schwierigkeiten stösst und andererseits chemische Substanzen, wie auch Mikroorganismen z. B, der Bacillus pyocyaneus ein fibrinöses Exsudat setzt, so ist zum sicheren Erkennen der Diphtherie der Nachweis des Löffler'schen Bacillus erforderlich. Dieser fehlt stets bei der Angina scarlatinosa, welche von der genuinen Diphtherie zu trennen ist. Verf. bespricht in seinem Vortrage das Aussehen, die Färbe- und Züchtungsmethode des Löffler'schen Bacillus. Neben diesem kommen auf den diphtheritischen Membranen, die einen geeigneten Ansiedlungspunkt bilden, andere Bacillen und Coccen vor. Um den Anforderungen der Praxis entgegenzukommen, hat Verf. ein compendiöses kleines Untersuchungsbesteck construiren lassen, mit Hülfe dessen ein Deckglaspräparat in der Wohnung des auch kümmerlichst Eingerichteten fix und fertig hergestellt werden kann.

Lingen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Albert Hoffa: Lehrbuch der orthopädischen Chirurgie. Zweite Auflage. Mit 596 Abbildungen. Verlag von F. Enke. 1894. Preis 16 Mark.

Nach verhältnissmässig kurzer Zeit ist eine 2. Auflage dieses vorzüglichen Lehrbuchs nothwendig geworden, das bei seinem ersten Erscheinen (1891) bereits ausführlich an dieser Stelle besprochen wurde. Bei der schnellen Entwickelung der Orthopädie und orthopädischen Chirurgie gerade in der letzten Zeit ist es wohl natürlich, dass in der neuen Auflage viele Abschnitte gründlich umgearbeitet worden sind, so z. B. der allgemeine Theil über die Eintheilung der Deformitäten, der Abschnitt über den Schiefhals, die Scoliose, die angeborenen Hüftgelenksverrenkungen, den Plattfuss. Durch vielfache Kürzung des Textes z. B. im Kapitel über Massage, die Hoffa in einem kürzlich bei Enke erschienenen Buche bearbeitet hat, ist es möglich gewesen, ganze Abschnitte, so die ambulante Behandlung der Gelenktuberkulosen der unteren Extremität, neu einzufügen, ohne den Umfang des Werkes wesentlich zu vergrössern. Ein Theil der früheren Figuren, die entbehrlich schienen, wurde weggelassen und dafür 70 neue Abbildungen, deren Ausführung gleichfalls musterhaft zu nennen ist, aufgenommen. Dem so verbesserten, natürlich vortrefflich ausgestatteten Werk wünschen wir die weiteste Verbreitung.

Weyert.

P. J. Möbius: Neurologische Beiträge. Leipzig, Ambr. Abel 1894. Heft I. und II.

Unter obenstehendem Titel lässt M. einen Theil seiner an verschiedenen Stellen veröffentlichten kleineren Arbeiten als Sammlung erscheinen, wobei die einzelnen Aufsätze ihrem Inhalte nach zu Gruppen vereinigt und je nach Bedarf weiter fortgeführt und ergänzt worden sind. Es ist also keineswegs nur Neues, das geboten wird; dennoch hat das Unternehmen seine unzweifelhafte Berechtigung, denn das ausgebreitete Journalwesen unserer Zeit macht es, wie Möbius selbst einmal bei Besprechung der «Gesammelten Aufsätze» Wernike's betonte, auch dem eifrigen Forscher unmöglich, aus den hier und da zerstreut erschienenen Journalartikeln einen Autor zu erfassen und kennen zu lernen. Wenn daher ein Mann wie Möbius, der auf eine erfolgreiche wissenschaftliche Thätigkeit zurückblickt, uns seine Arbeiten im Zusammenhange vorführt und damit ein übersichtliches Bild seiner wissenschaftlichen Entwickelung und Leistungen entrollt, so darf er im Voraus des Dankes der Fachgenossen gewiss sein.

Bei der grossen Mannigfaltigkeit des Inhaltes der beiden vorliegenden Hefte ist ein näheres Eingehen auf denselben unmöglich, und müssen wir uns auf kurze Hinweise beschränken. Den Anfang machen einige Aufsätze über den Begriff der Hysterie, in dessen Auffassung M. im Wesentlichen mit der französischen Schule übereinstimmt. Auch er sieht die Hysterie als eine auf der Basis der Heredität und Degeneration zur Entwickelung gelangende Psychose an und betrachtet alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers als hysterischer Natur, welche durch Vorstellungen entstanden sind. Ebenso wie Gilles de la Tourette sieht M. als springenden Punkt im Wesen der Hysterie die gesteigerte Suggestibilität an; dennoch seien beide nicht identisch, denn nicht alle hysterischen Erscheinungen sind Suggestionen der Form nach; ein Theil von ihnen ist dem Inhalte nach nicht suggerirt, sondern stellt eine krankhafte Reaction auf Gemüthsbewegungen dar. Den weiteren Inhalt des Heftes bilden zwei Aufsätze über Simulation bei Unfallnervenkranken und über Seelenstörungen nach Selbstmordversuchen. Ihnen folgen «Bemerkungen über den Werth der Electrotherapie», in welchen der bekannte negative Standpunkt, den der Verf. dieser Frage gegenüber einnimmt, ausführlichere Darlegung findet. Einige Arbeiten psychologischen Inhaltes, sowie eine Reihe von Bücherbesprechungen bilden den Schluss des Heftes.

Das 2. Heft bringt zunächst einige casuistische Mittheilungen über die Akinesia algera, ein Symptomenbild, welches von M. zuerst beschrieben wurde und sich darstellt als eine in Folge Schmerzhaftigkeit der Bewegungen gewollte Bewegungslosigkeit, ohne dass greifbare Ursachen für die Schmerzen vorhanden wären. Von allgemeinem Interesse sind die «Bemerkungen über Neurasthenie». M. will dem Begriff der Neurasthenie eine präcisere Fassung geben und geht dabei vom Begriff der Ermüdung aus. Die Symptome der Neurasthenie sind die der Ermüdung; die Neurasthenie ist eine durch Thätigkeit herbeigeführte gesteigerte Ermüdbarkeit; je grösser die angeborene Anlage, umso geringer braucht die krankmachende Thätigkeit zu sein. Als neurasthenischer Natur dürfen daher nur diejenigen Erscheinungen angesehen werden, welche dem Bilde der Ermüdung entsprechen. Demgemäss weist M. der Hypochondrie, den Zwangsvorstellungen und den Phobieen eine Sonderstellung an ausserhalb des Symptomenbildes der Neurasthenie. Ebenso verwirft er den Begriff des neurasthenischen Irreseins; in den so bezeichneten Fällen handle es sich um die verschiedenen Gestalten des Irreseins der Entarteten, nicht aber um etwas der Neurasthenie Eigenthümliches. Der Aufsatz «Ueber nervöse Familien» illustrirt an der Hand einiger interessanter Stammbäume die Bedeutung der Heredität für die Häufung psychischer und nervöser Affectionen in einzelnen Familien. — Mit einer Betrachtung über Seelenstörungen bei Chorea schliesst das 2. Heft ab.

Weiss.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 2. November 1894.

1. Dr. Schmidt referirt über einen Fall schwerer Diphtheritis, welchen er mit gutem Erfolge mit Behring'schem Heilserum behandelt hat. Aus äusseren Gründen konnte die Diagnose bakteriologisch nicht festgestellt werden, doch waren die klinischen Symptome so prägnant, dass jeder Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose ausgeschlossen werden kann. Auffallend ist Vortragendem der plötzliche Wechsel zum Besseren gewesen, der fast kritisch genannt werden kann. Ein Zurückgehen stenotischer Erscheinungen, und so rasches Langsamwerden des Pulses sind ihm bisher in seiner Praxis noch nicht begegnet und möchte er diese Erscheinung auf die Wirkung des Heilserums zurückführen, wenngleich er sich bewusst ist, mit einer Beobachtung nicht viel beweisen zu können.

Dr. Mey hält es doch für die Beurtheilung des Falles von Wichtigkeit, dass die diesjährige Epidemie sich durch besondere Milde charakterisire.

Dr. Voss und Dr. Bertels theilen Beobachtungen aus ihrer Praxis mit, nach denen auch ohne Serumtherapie stenotische Erscheinungen spontan zurückgegangen sind.

2. Dr. Paul Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über die chirurgische Behandlung des Magenkrebses. (cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1894, № 49).

Dr. Hampeln hatte erwartet den Schwerpunkt der Ausführungen des Vortragenden mehr auf die curative Radicalbehandlung und weniger auf die palliative Anastomosenbildung gelegt zu sehen. Wenn auch zugegeben werden muss, dass zur Zeit die Frühdiagnose des Magenkrebses noch auf unsicheren Füssen steht, so giebt es doch immerhin einzelne Fälle, wo sie sich mit ziemlicher Sicherheit stellen lässt. Erkrankt z. B. Jemand der bis zu seinem 45. Jahre gesund gewesen, mit Magenbeschwerden, fehlt dabei die Salzsäure im Magensaft, bei

gleichzeitigem Milchsäureüberschuss, so liegt die Annahme eines Magenkrebses recht nahe. Die Frühdiagnose und ihr entsprechend die Radicaloperation sind das zu erstrebende Ziel wissenschaftlicher Arbeit auf diesem Gebiet; die Zukunft aber wird erst darüber zu entscheiden haben, in wie weit die Anastomosenbildung wirklich befähigt ist den Pat. ihre doch immer nur noch kurz bemessene Lebensfrist zu erleichtern. Er wenigstens für seine Person kann dieselbe seinen Pat. nicht mit Wärme empfehlen und hegt die Befürchtung, dass die geringen Dauererfolge der Operation die Pat. in Zukunft von derselben abschrecken dürften. Ihm scheint ein Analogon in den durch Carcinom bedingten Oesophagusstenosen zu liegen. Auch hier hat er durch Sondirung oft gute — leider aber nur kurz andauernde Resultate erzielt, die ihm eine Zeit hindurch eine grosse Anzahl derartiger Pat. ins Krankenhaus führten, bis dieselbe allmählich immer mehr abnahm durch Bekanntwerden der nur kurzen Andauer des Erfolges.

Für die Anastomosenbildung spiele die Frühdiagnose keine Rolle, da diese Operation erst vorgenommen werden soll bei schon bestehender Stenose.

Dr. Bergmann hält die Einwände Dr. Hampelns nicht für stichhaltig. Die Radicalbehandlung des Krebses gestaltet sich im Allgemeinen bei Berücksichtigung sehr grosser Zahlen in ihrem Endeffect doch schliesslich nur als Palliativoperation, da Dauerresultate doch nur in jenen seltenen Fällen erzielt werden können, wo es gelingt gleichzeitig mit dem erkrankten Organ, die zu ihm gehörenden Lymphbahnen und Drüsen mitzuentfernen. Ganz besonders gilt dieses bei der Resection des Magenkrebses. Daher tritt die Anastomosenbildung in ihre vollen Rechte, da durch dieselbe die Kranken direct dem Hungertode entrissen werden, und ist es oft überraschend zu sehen wie sich die bis zum Scelet abgemagerten Pat. in Folge dieser Operation erholen, so dass sie eine gewisse Zeit hindurch durch nichts an ihren hoffnungslosen Zustand erinnert werden. Die Analogie mit der Sondirung des Oesophagus und der Anlegung eines Anus praeternaturalis könne er nicht gelten lassen — das tägliche Sondiren ist eine Qual, der Anus praeternaturalis ein höchst unästhetischer, den Patienten täglich belästigender Zustand, während nach der Anastomosenbildung der Pat. durch nichts Anormales belästigt wird.

Dr. Paul Klemm stimmt mit Dr. Hampeln darin überein, dass die Radicaloperation das zu erstrebende Ziel ist. Im Augenblick ist die Frühdiagnose doch noch so unsicher, dass die Pat. bei den meist noch geringen Symptomen sich nicht für eine eingreifende Operation entschliessen würden, so dass doch in Praxi die meisten Fälle der Anastomosenbildung zufallen müssen. Diese ist namentlich jetzt, wo die Technik eine ausgebildete und die Pat. frühzeitig derselben unterworfen werden, ungefährlich und leistet Alles, was man von ihr erwarten kann. Hahn berichtet über 17 Fälle ohne Todesfall. König-Göttingen ist auch ein warmer Fürsprecher derselben. Auch könne der Operation nicht nur ein palliativer Nutzen zugesprochen werden, da die Jauchung und der Zerfall am Pylorus entschieden geringer werden, wenn durch die Anastomosenbildung der Reiz der Ingesta fortfällt.

Dr. Hampeln hält seine Analogie durchaus aufrecht, und dadurch begründet, dass in allen 3 Fällen das Grundleiden, der Krebs, durch den Eingriff unbeeinflusst bleibt, und nur eine freie Passage hergestellt werden soll. Das tägliche Sondiren bereitet den Pat. durchaus keine nennenswerthen Unbequemlichkeiten und liegt der Grund für das Fortbleiben der Kranken, wie er schon bereits hervorgehoben, nicht hierin begründet, sondern in der geringen Andauer des Erfolges.

Dr. Donner meint, dass bei solchen Leiden Therapeuten und Chirurgen gemeinsam handelnd vorgehen müssten, unter Hinweis auf die günstige Wirkung der Lassar'schen Arsentherapie bei Hautcarcinom. Er selbst verfügt auch über einen Fall von ausgesprochenem Carcinom, der durch Arsenbehandlung auffallenden Rückgang beobachten liess.

Dr. von Engelhardt spricht sich für den Nutzen der Anastomosenbildung aus, da die interne Medicin zur Zeit noch ohnmächtig sei, und die Frühdiagnose im Hinblick auf eine Radicaloperation noch nicht genügend sicher gestellt werden könne, wegen mangelnden Einblicks in den Chemismus der Verdauung. Bei ausgesprochener Stenose trete daher die Anastomosenbildung in ihre Rechte; zwischen der Diagnose eines Magencarcinoms und der ausgebildeten Stenose liege aber oft ein längerer Zeitraum. Die Anastomosenbildung während dieser Zeit halte er für gerechtfertigt, da der Kräftezustand der Kranken jetzt noch ein guter und der Fortschritt des Carcinoms selbst durch Fortfall der reizenden Ingesta langsamer werden muss.

Dr. Paul Klemm bemerkt in Betreff der von Dr. Donner erwähnten Lassar'schen Arsentherapie, dass Prof. Bergmann in Berlin dieser Behandlung schon die richtige Würdigung hat zu Theil werden lassen, durch den Hinweis, dass das Hautcarcinom auch ohne Behandlung dieselbe relative Heilung beobachten lasse; in beiden Fällen bleibe aber immer ein Punkt übrig der nicht ganz verheilt, und von dem aus das Carcinom weiter schreitet.

Dr. Bergmann glaubt, dass Dr. Klemm in seiner Forderung die Anastomosenbildung schon dann zu vollziehen, wenn auch keine Stenose vorhanden, zu weit gehe. Er für seine Person, hält diesen Eingriff nur bei ausgebildeter Stenose für indicirt. Denn nach einer kürzlich aus der Czerny'schen Klinik veröffentlichten Statistik welche eine Zusammenstellung der Resultate verschiedener Kliniken enthält, gestaltet sich dieser Eingriff doch nicht ganz so harmlos wie Dr. Klemm denselben in seinem Vortrage hinstellt. Bei 215 Fällen berechnet sich die Mortalität auf 43 pCt. Theilt man diese Fälle in 3 Gruppen, so sinkt die Mortalität allerdings von Gruppe zu Gruppe. I. 56 pCt. II. 48 pCt. III. 31 pCt. Die Zukunft wird wohl noch günstigere Resultate ergeben.

Dr. Schabert hat bei Sectionen den Eindruck gewonnen, dass das Pyloruscarcinom eine sehr geringe Neigung zur Stenosenbildung habe; offenbar wirkt der Mageninhalt gleichsam als Sonde.

Dr. von Engelhardt glaubt dass eine geringe Durchgängigkeit bei der Section noch nicht beweise, dass eine solche in vivo auch für die Ingesta bestanden habe, da in Folge Starrheit der Gewebe die Peristaltik wohl aufgehoben gewesen ist.

D. Z. Secretair: Dr. Radecki.

Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wolmar.

5.–7. September 1894.

Dritte Sitzung.

Dienstag, den 6. September 1894. 9 Uhr Vormittags.

1) Herr Dr. Fischer-Sagnitz demonstrirt einen **Fall von Erythromelalgie** mit Verlesung der Krankengeschichte; (erscheint demnächst in der St. Petersburger medicin. Wochenschrift).

Discussion.

a) Herr Dr. Truhart fragt, ob das vorhandene Schielen mit der Krankheit auftrat, oder schon früher vorhanden war? Erbrechen, Schwindel und Kopfschmerz geben Fingerzeige für eine Localisation im Gehirn; das etwaige Vorhandensein anderer Erscheinungen, wie Facialis-, Trigeminus-, Opticus- und Oculomotoriusaffectionen müsste die Diagnose eines Basaltumors zulässig erscheinen lassen.

b) Herr Dr. E. Fischer kann über den Zeitpunkt der Entstehung des Schielens nichts Genaueres angeben. Ueber Doppelbilder ist nicht geklagt worden.

c) Herr Prof. Dr. O. Petersen führt einen Fall an, den er im Mai a. c. auf dem Dermatologischen Congress zu Breslau gesehen hat. Von den im oben demonstrirten Falle vorhandenen Knötchen in der Haut der Vola manus war in jenem Falle nichts zu sehen, dagegen war ein ausgesprochenes Exanthem vorhanden. Redner hält die Diagnose Erythromelalgie im eben demonstrirten Falle nicht für zweifellos, hebt die für Gehirntumor sprechenden Symptome hervor und spricht sich dahin aus, dass es sich möglicherweise um Metastasen eines Gehirntumors handeln kann. Die weitere Beobachtung des Falles, insbesondere die Constatirung neuer Knötchenbildungen in anderen Körperregionen würde wohl die Diagnose klären.

2) Der Präses, Herr Dr. Truhart proponirt das Auswerfen einer Summe von 100 Rbl. **pro anno** behufs Ermöglichung den von Dr. J. Meyer-Jurjew redigirten Hebammenkalender in allen Landessprachen drucken zu lassen. Die Gesellschaft bewilligt zu diesem Zwecke die jährliche Summe von 100 Rbl.

3) Herr Dr. H. Truhart giebt einen Bericht über die Resultate der im Auftrage der Gesellschaft livl. Aerzte veranstalteten statistischen **Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 und 1893.** (Erscheint demnächst in der St. Pet. med. Wochenschrift.)

Discussion.

a) Herr Prof. Dr. O. Petersen: M. H.! Vor allem glaube ich im Sinne aller Anwesenden zu handeln, wenn ich proponire dem verehrten Vortragenden den wärmsten Dank für diese äusserst werthvolle aber ebenso mühevolle Arbeit auszusprechen; der Werth dieser Arbeit ist so bedeutend, dass sie weit über unsere Provinzen hinaus von Wichtigkeit ist. Ich möchte darauf hinweisen, dass auf dem letzten russischen Aerztecongresse in St. Petersburg im Januar a. c. der Beschluss gefasst und von dem Medicinaldepartement mit Energie aufgenommen wurde, einen speciellen Congress zur Ausarbeitung von Maassregeln für die Bekämpfung der Syphilis in Russland zu berufen. Bisher litten die vorhandenen Maassnahmen an dem grossen Fehler, dass es kein Organ giebt, welches darüber zu wachen hat, dass das Vorgeschriebene auch wirklich durchgeführt werde. Der heutige Bericht wird

gewiss einen sehr werthvollen Beitrag zu dem Material der Verhandlungen bieten.

Zum Vortrage möchte ich mir folgende Fragen erlauben: 1) Wie ist die Registrirung der Recidive gehandhabt worden? kamen nicht in der für 2 Jahre angestellten Zählung mehrere Mal dieselben Patienten vor, wenn sie wegen Behandlung der Recidive wiederholt bei den Aerzten auftraten? 2) Wie verhält es sich mit der Zahl der extragenital Inficirten? Diese Frage ist von besonderer Wichtigkeit bezüglich der zu ergreifenden Maassregeln. In den inneren Gouvernements Russlands inficiren sich 72—84 pCt. mit der Syphilis extragenital, in den Städten nach meiner Erfahrung nur 1.8 pCt. Je höher die Cultur, desto geringer die Extragenitalinfection.

Ferner möchte ich darauf aufmerksam machen, dass als Indicator für Verbreitung der Syphilis nur die Zahl der jährlichen frischen Fälle gelten kann. Ausserdem stets zu beobachten ist das Verhältniss der frischen Syphilis zur tertiären. Dieses ist stets ein ziemlich constantes und lässt sich benutzen zur Controllirung, ob die erhaltenen Zahlen aus einer gegebenen Gegend wahrscheinlich sind oder nicht. Sobald die Zahl der tertiären Fälle grösser ist als die der frischen Fälle, muss die erhaltene Zahl angezweifelt werden.

b) Herr Dr. Truhart: Was zunächst die Frage 1 des geehrten Vorredners anlangt, so ist die Möglichkeit in der That nicht ausgeschlossen, dass im Laufe der beiden Jahre von verschiedenen Aerzten hier und da auch Recidive bei ein und demselben Individuum behandelt und daher auch in meiner Enquête als separate Fälle rubricirt worden sind, doch diese überhaupt nicht zu vermeidende Fehlerquelle dürfte wohl zweifellos in jeder Syphilisstatistik in Rechnung gebracht werden müssen und verlieren die gefundenen Daten daher nichts an ihrem relativen Werth. Bezüglich der in Frage 2 berührten Differenzirung in der Art der Infection, so habe ich in der Befürchtung, alsdann erst recht nicht zu einer auch nur annähernd vollständigen Syphilisstatistik zu gelangen, geglaubt, von der freilich nach vielen Richtungen hin bedeutungsvollen Trennung von genitaler und extragenitaler Infection, von vorne herein Abstand nehmen zu müssen, da bei der Statistik der Satz gilt je mehr Fragen um so weniger Antworten.

Was endlich die Trennung der tertiären von den recenten Formen der Syphilis betrifft, so ist diese Scheidung, wie aus der detaillirten Tabelle 1 ersichtlich, bis auf's minutiöseste durchgeführt worden und nirgends ein Ueberwiegen jener über letztere zu beobachten.

4. Herr Dr. A. Lunz hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur pathologischen Anatomie der Lues**» nebst Demonstration makroskopischer und mikroskopischer Präparate. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift.)

5. Herr Dr. E. Kiwull demonstrirt einen Fall von Alopecia neurotica.

6. Herr Docent Dr. F. Krüger demonstrirt im Auftrage des Dr. J. Meyer-Jurjew einen modificirten Lautenschläger-schen **Sterilisator** construirt von Herrn Pfeil in Jurjew.

7. Herr Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: «**Zur Aetiologie der Aortenaneurysmen**». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift.)

Discussion.

a) Herr Dr. A. v. Bergmann: Ist es nachgewiesen, dass Arteriosclerose bei Frauen häufiger vorkommt als bei Männern? In der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses zu Riga kommen Folgezustände der Arteriosclerose z. B. Gangrän der Extremitäten zur Beobachtung und überwiegt in diesen Fällen die Zahl der Männer diejenige der Frauen.

b) Herr Dr. Hampeln erwiedert auf die Frage nach der Häufigkeit der Arteriosclerose bei Frauen, dass nach seinen Zusammenstellungen und soviel ihm erinnerlich, auch nach den Angaben Thoma's die Aortensclerose bei Frauen allerdings häufiger als bei Männern sei, wenn auch nur um ein Weniges.

c) Herr Dr. A. Lunz glaubt, dass das häufigere Vorkommen der Arteriosklerose bei Frauen nicht auf die Aorta, sondern auf die Art. uterina und ovarica zu beziehen ist.

Was die aetiologische Bedeutung der Syphilis für die Aortenaneurysmen anlangt, so müsste das eventuelle Auffinden von Aneurysmen bei der Lues hereditaria einen schlagenden Beweis für diesen aetiologischen Zusammenhang bieten können; ein Gesichtspunkt, den man auch für die Tabes dorsalis ausgesprochen hat.

d) Herr Dr. Hampeln erinnert daran, dass er die Bevorzugung des mittleren, kräftigen Alters durch die Aneurysmen betont hat. Was das kindliche Alter betrifft, so würde das Auftreten von Aneurysmen hier in Fällen hereditärer Syphilis natürlich ein schlagender Beweis sein für die Bedeutung der Syphilis bei der Entstehung der Aneurysmen, die Praesumption spricht allerdings dafür, dass auch Kinder syphilitischer Eltern an Aneurysmen erkranken müssten. Das ist nun nach den Erfahrungen Redners nicht der Fall. Dieser Umstand darf aber nicht als Beweis gegen den Zusammenhang zwischen Syphilis und Aneurysma aufgefasst werden; es fehlt eben das «ceteris paribus». Das in rascher Entwickelung begriffene Gefässsystem der Kinder ist ein physiologisch anderes als das bereits fertige der Erwachsenen und liesse sich hieraus schon eine gewisse Immunität dem syphilitischen Virus gegenüber erklären.

e) Herr Prof. Dr. Dehio referirt folgende für die Aetiologie der Aneurysmen interessante Krankengeschichte aus eigenen Beobachtungen: Ein junger Mensch von ca. 30 Jahren, von dem es nicht bekannt ist, ob er syphilitisch war oder nicht, empfand bei angestrengtem Heben einer schweren Last plötzlich einen heftigen Schmerz in der Tiefe der Brust und seit der Zeit ist er die Beschwerden nicht mehr losgeworden, die sich steigerten und schliesslich zum Tode führten, welcher durch die Entwickelung eines sehr grossen Aortenaneurysma bewirkt wurde. Hier ist wohl anzunehmen, dass eine mechanische Gelegenheitsursache für die Entstehung des Aneurysma durch die plötzliche Steigerung des Blutdruckes bei der Körperanstrengung geliefert wurde. Dass eine primäre Erkrankung der Aortenwand die Grundursache des Aneurysmas auch in diesem Falle gewesen sein mag, ist natürlich und höchst wahrscheinlich.

f) Herr Dr. Hampeln: Die Betonung starker körperlicher Anstrengung als ursächlichen Momentes bei Entstehung eines Aneurysmas ist im Allgemeinen anzuerkennen. Es kann dadurch in einzelnen Fällen in der That die Aorta zum ersten Male zur Ruptur oder umschriebenen Dehnung gebracht werden, aber muthmaasslich nicht eine gesunde, sondern nur eine bereits erkrankte Aorta; wobei das wesentliche Moment immer die Arteriitis, das Trauma hingegen, obschon zweifellos wirksam, — das accidentelle, gelegentliche bleibt.

g) Herr Dr. Reussner referirt folgende einschlägige Beobachtung aus seiner Praxis: Eine Dilatation des linken Ventrikels, die er anfangs mit früherem Gelenkrheumatismus in Zusammenhang brachte, ging, nachdem die Herzmittel vergeblich versucht worden, zurück unter Quecksilberbehandlung, trotzdem Patient, um einer hypochondrischen Gemüthsstimmung zu entgehen, jede Schonung unterliess. Das laute systolische Geräusch an der Mitralis und den übrigen Klappen (relative Mitralinsufficienz) schwand fast ganz.

8. Herr Prof. Dr. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber die syphilitischen Herzerkrankungen**» (Cf. diese Wochenschrift 1894, Nr. 46.)

Discussion.

a) Herr Dr. Hampeln bemerkt, dass an der Existenz einer syphilitischen Myocarditis im engeren Sinne und an einer Myocarditis fibrosa vulgären Charakters aber doch infolge der Syphilis allerdings nicht gezweifelt werden kann. Sie steht fest. Anders als bei dem Aneurysma, welches fast stets syphilitischen Ursprunges ist — und differentiell diagnostisch schwieriger liegt die Sache insofern, als die gewöhnliche nicht syphilitische Myocarditis zu überwiegen scheint und sich klinisch-symptomatologisch von der syphilitischen in keiner Weise unterscheidet. Die Diagnose einer syphilitischen Myocarditis bleibt darum wenigstens gegenwärtig, eine in hohem Grade hypothetische, da auch ihre Entstehung nach der Syphilis nicht das «propter hoc» beweist und ebenso wenig ein befriedigender Schluss ex juvantibus gestattet erscheint. Gleichwohl wird der Verdacht der Syphilis namentlich bei Ausschluss anderer Ursachen in jedem Falle rege werden müssen und ein dem entsprechendes Verfahren einzuleiten sein.

b) Herr Prof. Dr. Dehio: Die Statistik kann nur im Allgemeinen den Beweis bringen, dass es eine syphilitische Myocarditis giebt; aber im Einzelfall wird die differentielle Diagnose zwischen einer syphilitischen und einer nichtsyphilitischen Herzaffection in den meisten Fällen zweifelhaft bleiben müssen. In solchen Fällen ist es therapeutisch gerathen, lieber ein Mal zuviel als ein Mal zu wenig eine antisyphilitische Cur zu verordnen.

c. Herr Prof. Dr. Petersen fragt an, in wie langem Zeitraum nach der Infection die Symptome des Aneurysma resp. der Herzaffection in Erscheinung treten? Es sei die Constatirung dieser Thatsache wichtig in Anbetracht der jetzt von Einigen, namentlich Fournier und Ehlers aufgestellten Behauptung, dass die tertiären Erscheinungen am häufigsten im Laufe der ersten 3 Jahre post infectionem auftreten. Die genannten Affectionen aber treten doch gewöhnlich recht spät nach der Infection auf.

d) Herr Dr. A. Lunz. Auf Grund theoretischer Erwägungen ist anzunehmen, dass die Myocarditis als specifische Erkrankung schon frühzeitig erscheinen kann, während das Auftreten des Aortenaneurysmas, als einer postsyphilitischen Affection, mehr von der Zeit der Infection absteht.

9. Der von Herrn Dr. F. Berg angekündigte Vortrag: «**Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Gelenk- und Knochenerkrankungen**» muss wegen vorgerückter Zeit auf die nächste Sitzung verlegt werden.

(Forsetzung folgt.)

Vermischtes.

— Die Jahresversammlung des St. Petersburger Aerztevereins zur gegenseitigen Unterstützung findet am 21. Febr. um 8 Uhr Abends im grossen Saal des Stadthauses statt.

Tagesordnung: 1) Berichte des Secretärs und Cassaführers. 2) Vorträge a) über die unentgeltlichen Ambulanzen und b) über die Sterbecasse. 3) Wahl der Ehrenrichter und der Revidenten.

— Am 26. Februar wird beim städtischen Panteleimon-Hospital für chronische Geisteskranke (bei der Station Udelnaja der finnländischen Bahn) ein Denkmal für den in Gott ruhenden Kaiser Alexander III. enthüllt werden. Das Hospital errichtet dieses Denkmal seinem Erhabenen Gründer, dem hochseligen Kaiser am Jahrestage der Gründung. Das Denkmal stellt eine Büste des Kaisers dar, welche nach dem vom Künstler A. Baumann entworfenen Modell in Bronze gegossen ist. Die 1³ «Arschin hohe Büste ruht auf einem Granitsockel, der eine Höhe von 3½ Arschin hat.

— Der Rector der Tomsker Universität. Prof. der Zoologie und vergleichenden Anatomie, Dr. N. F. Kaschtschenko ist von diesem Amte zurückgetreten und sind die Functionen des Rectors dem Professor der Anatomie und Decan Dr. Maliew übertragen worden.

— Der ausserordentliche Professor der Kinderheilkunde an der militär-medicinischen Academie, Dr. Bystrow, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der bisherige Docent der Physiologie und langjährige Assistent Prof. Alexander Schmidt's am physiologischen Institut der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Friedrich Krüger ist zum ausserordentlichen Professor für den Lehrstuhl der medicinischen Chemie an der Universität Tomsk ernannt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Dragendorff's auf dem Lehrstuhl der Pharmacie und Pharmakognosie in Jurjew (Dorpat) ist der Laborant der Warschauer Universität, Mag. chem. Colleg.-Assessor Kondakow, als ausserord. Professor ernannt worden. Der neuernannte Professor ist, wie verlautet, Magister der Chemie der St. Petersburger Universität und in der letzten Zeit Laborant am physiologischen Institut in Warschau gewesen, somit weder Arzt noch Pharmaceut!

— Die durch die Verabschiedung Prof. Dr. Körber's nach Ausdienung der Dienstfrist erledigte Professur für Staatsarzneikunde und Hygiene an der Universität Jurjew wird in zwei Lehrstühle getheilt, und ist zum ausserordentlichen Professor der gerichtlichen Medicin der Prosector der Kiewer Universität, Dr. A. S. Ignatowski, und zum ordentlichen Professor der Hygiene der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. S. F. Bubnow, ernannt worden.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath — der Brigadearzt der kaukasischen Sapeurbrigade, Dr. Gornowski, unter Verabschiedung mit Uniform.

— Ernannt: der Gehülfe des livländischen Gouvernements-Medicinalinspectors, Staatsrath Dr. Aristow – zum livländischen Medicinalinspector; der Privatdocent der Charkower Universität, Dr. Popow — zum ausserordentlichen Professor für Nerven- und Geisteskrankheiten an der Universität Tomsk.

— Verstorben: 1) Am 9. Februar in St. Petersburg der frühere Oberarzt des Post- und Telegraphen-Departements, wirkl. Staatsrath Dr. Jakob Schulz, nach langer schwerer Krankheit. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, an welcher er im Jahre 1848 auch den Arztgrad erlangte. Ueber 20 Jahre war Schulz am hiesigen Posthospital als Arzt thätig. 2) In Kasan der ehemalige Professor der Chirurgie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Andreas Beketow. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er 1848 auch den Arztgrad erlangte und dann mehrere Jahre als Assistent der chirurg. Facultätsklinik fungirte. Nach seiner im Herbst 1848 erfolgten Promotion zum Doctor der Medicin und Chirurgie wurde B. auf den Lehrstuhl der Chirurgie nach Kasan berufen, in welcher Stellung er 34 Jahre verblieb und den Ruf eines erfahrenen Operateurs und Oculisten genoss. Er ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen. 3) Am 7. Februar in St. Petersburg der junge Arzt W. M. Posdnjakow an der Lungenschwindsucht. Er hatte erst im vorigen Semester den Cursus absolvirt und war soeben als jüngerer Arzt bei der sibirischen Flotteneequipage angestellt worden. 4) Am 27. Januar im Kirchdorf Burnak des Tambowschen Gouvernements der dortige Landschaftsarzt J. J. Rshewkin am Flecktyphus im 29. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seine Frau mit 3 Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 5) In Paris der berühmte Kliniker Professor Dujardin-Beaumetz im Alter von 62 Jahren.

— Der Berliner Professor der Syphilidologie, Dr. G. Lewin, ist zum Ehrenmitgliede der Wiener dermatologischen Gesellschaft gewählt worden.

— Die Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin hat die Budapester Professoren J. v. Fodor und Koloman Müller, von denen ersterer bekanntlich Präsident des Executiv-Comités und letzterer Generalsecretär des letzten internationalen hygienischen Congresses in Budapest war, zu ihren Ehrenmitgliedern ernannt.

— Privatdocent Dr. Friedrich Fischer in Strassburg, ein Schüler Prof. Lücke's ist zum ausserordentlichen Professor für Chirurgie daselbst ernannt worden.

— Prof. Albrecht Kossel, der ursprünglich auf den Lehrstuhl der Hygiene nach Marburg berufen war, hat nunmehr die durch den Tod von Prof. Külz erledigte Professur für Physiologie und die Direction des physiologischen Instituts daselbst erhalten. (A. m. C.-Ztg.)

— Dem Vorstande der Gesellschaft Russischer Aerzte in Moskau ist es gestattet worden, in Moskau eine neue Zeitschrift unter dem Titel «Журналъ Общества Русскихъ Врачей въ память Н. И. Пирогова» (Journal der Gesellschaft Russischer Aerzte zum Andenken an N. J. Pirogow) herauszugeben. Die Redaction des neuen Journals hat der Professor der Psychiatrie an der Moskauer Universität Dr. S. Korssakow übernommen.

— Das Project zu dem Pirogow Denkmal, welches in Moskau auf dem Jungfernfelde gegenüber der Universitätsklinik errichtet werden soll, ist bestätigt worden. Der Entwurf zu diesem Denkmal wurde im Auftrage der Gesellschaft Russischer Aerzte von dem Academiker Sherwood ausgearbeitet. Die Bauarbeiten sollen in nächster Zeit in Angriff genommen werden. Die Sammlungen für den Baufonds werden noch fortgesetzt und etwaige Spenden von dem Cassirer des Denkmal-Comités Dr. E. A. Pokrowski (Moskau, Sophienkrankenhaus), sowie vom Redacteur der «Хирургическая Лѣтопись» Prof. P. J. Djakonow (Moskau Twerskaja, Haus Hirschmann) entgegengenommen.

— An die Dumaärzte ist seitens der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission ein bemerkenswerthes Circulär ergangen, in welchem den Aerzten anempfohlen wird, ihren Eifer in Bezug auf Krankenbesuche zu mässigen, da im verflossenen Jahre 2500 Rbl. für Krankenbesuche der Dumaärzte (jede Visite wird mit 30 Kop. bezahlt) verausgabt worden sind. Die Sanitätscommission räth den Aerzten, medicinische Hilfe im Hause unvermögenden Kranken nur in äussersten und unaufschiebbaren Fällen, wenn der Kranke sich nicht bewegen und nicht in einem städtischen Hospital untergebracht werden kann, angedeihen zu lassen. Ausserdem sollen die Arzneien von den Aerzten in möglichst billiger und einfacher Form verschrieben werden.

— Die St. Petersburger Gouvernements-Landschaftsversammlung hat, um das Andenken des bei der Bekämpfung der Typhusepidemie im Neu-Ladogaschen Kreise im Dienste der Wissenschaft verstorbenen Studenten der militär-med. Academie, A. Schebeko zu ehren, 500 Rbl. für das bei der Academie bestehende Kapital zur Unterstützung nothleidender Studenten gespendet.

— Vom Medicinaldepartement wird bekannt gemacht, dass das Ministerium des Innern in Uebereinstimmung mit dem Beschluss des Medicinalraths folgende Regeln bezüglich der Herstellung und des Verkaufs des Heilserums von Behring und von Roux erlassen hat:

1) Es wird den medicinischen Facultäten, sowie allen denselben entsprechenden höchsten medicinischen Institutionen die Herstellung und Lieferung des Heilserums freigestellt. Alle übrigen Institutionen und Personen haben aber eine besondere Erlaubniss des Medicinal-Departements einzuholen, wobei die Herstellung des Heilserums nur unter Aufsicht und Verantwortung eines mit der Bakteriologie praktisch vertrauten Arztes geschehen darf.

2) Der Verkauf des Heilserums darf nur in besonderen plombirten Glasgefässen oder in einer verlötheten Ampulle, mit dem Siegel der Institution versehen und unter Angabe des Stärkegrades des Serums und des Herstellungsdatums geschehen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4 Februar 1895 6890 (26 weniger als in d. Vorwoche) darunter 292 Typhus, — (21 wen.), 851 Syphilis — (2 mehr), 152 Scharlach (11 mehr) 38 Diphtherie (1 weniger), 10 Masern (10 weniger) und 11 Pockenkranke (2 mehr).

Am 11. Februar d. J. betrug die Zahl der Kranken 6843 (47 weniger als in der Vorwoche), darunter 283 Typhus — (9 weniger), 792 Syphilis (59 weniger), 143 Scharlach — (9 weniger), 40 Diphtherie — (2 mehr), 11 Masern — (1 mehr) und 11 Pockenkranke (= der Vorwoche).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle in der Stadt Welsk (Gouv. Wologda). Gehalt 1200 Rbl. jährl. Adresse «Вельская Земская Управа.»

3) Es wird ein Arzt zu einer Kranken in der Stadt Rossieny (Gouv. Kowno) gesucht. Gehalt bei freier Station 360 R. jährl., mit dem Recht zu prakticiren. Adresse «Г. Россiены, г. Люцинѣ Семеновичъ».

3) Für die Staniza **Kuschtschskaja** im Kubangebiet wird ein **Arzt gewünscht**. Die Praxis bringt bis 600 Rbl. im Jahre ein. Wohnung bei der Apotheke frei. Nähere Auskünfte ertheilt der Apotheker **Aunowski**.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Januar bis 4. Februar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
432	323	746	189	61	111	13	4	21	69	70	60	48	55	32	13	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 10, Scharlach 20, Diphtherie 13, Croup 5, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 114, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 20, Krankheiten des Verdauungscanals 67, Todtgeborene 35.

Für die Woche vom 5. bis 11. Februar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
417	336	753	162	57	108	19	14	16	58	64	52	72	57	53	19	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 22, Diphtherie 11, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 59, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 37, Krankheiten der Verdauungsorgane 63, Todtgeborene 34.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. Februar 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. Februar 1895.

Довв. ценз. Спб. 18 Февраля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 8 St. Petersburg, 25. Februar (9. März) **1895**

Inhalt: P. Hampeln: Zur Aetiologie der Aortenaneurysmen. — Elmar Fischer: Ein Fall von Erythromelalgie. — **Referate**: J. Peckham: Appendicitis with apparent resolution of abscess; relapse; death; autopsy. — P. Mundé: Premature delivery of a dead child, induced by acute Appendicitis, with remarks of Appendicitis in women. — Rob. Abbé: Perforating typhoid ulcer. Peritonitis. Operation. Recovery. — Bücheranzeigen und Besprechungen: L. Hirt: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. — J. Gad: Real-Lexicon der medicinischen Propädeutik. — Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, in sechs Bänden herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. — R. Hesse: Die Hypogäen Deutschlands. — Hippokrates' sämmtliche Werke, ins Deutsche übersetzt und ausführlich commentirt von Dr. R. Fuchs. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — Vacanzen. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Zur Aetiologie der Aortenaneurysmen.

Von

Dr. P. Hampeln.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar.

Die Aetiologie der Aortenaneurysmen ist oft genug eingehend geprüft worden, dennoch weist gerade die neuere Literatur eine auffallende Verschiedenheit der Ansichten darüber auf und erscheint es um so mehr berechtigt, sich immer wieder mit dieser Frage zu beschäftigen.

Wenngleich zuzugestehen ist, dass allen Aneurysmen, seltene Formen ausgenommen, etwas wichtiges gemeinsam ist, nämlich die Entstehung durch centrifugale Dehnung der Arterienwand, und dass ohne den Blutdruck überhaupt kein Aneurysma zu Stande kommen kann, so folgt daraus doch noch nicht eine wesentliche pathogene Bedeutung dieses allen gemeinsamen Momentes.

Denn bekanntlich verfügt die normale Aortenwand über elastische Kräfte von genügender Stärke, den gewöhnlichen oder auch gesteigerten Blutdruck ohne dauernde Veränderung ihrer Lichtung auszuhalten. Es erscheint schon darum sehr zweifelhaft, dass der Aortendruck allein ein Aneurysma zur Folge haben sollte. Auf der anderen Seite ist nicht einzusehen, wie eine umschriebene. einige Quadratcentimeter messende Erweiterung der sonst normalen Aorta durch einen nach allen Richtungen gleich wirksamen Druck entstehen sollte, da die einzige Wirkung solcher allgemeinen Drucksteigerung doch auch nur eine diffuse gleichmässige Dehnung der ganzen Aorta, nicht eine umschriebene sein kann. Bekannt sind aber hier nur allgemeine, nicht localisirte Drucksteigerungen.

Ein diese Verhältnisse gut beleuchtendes Beispiel bietet die Pathologie in der Aortenklappen-Insufficienz Hierbei wirkt dauernd ein hochgradiger, sonst kaum erreichter oder doch nicht übertroffener Druck Tag und Nacht auf die Aortenwand, mit lebhafter herzsystolischer Steigerung. Und doch kommt es in reinen Fällen dieser Insufficienz nur zur diffusen Erweiterung und Schlängelung der Aorta und ihrer Hauptäste, oft am deutlichsten an der Stelle des stärksten Druckes, am aufsteigenden Aortenast ausgeprägt. Die ausserdem bei Aortenklappeninsufficienz auftretenden Aneurysmen werden nur bei der mit Arteriosclerose verbundenen Form beobachtet. Wir dürfen daraus schliessen, dass sie dieser, und nicht der Insufficienz als solcher ihre Entstehung verdanken. Die hier noch dazu oft genug blos relative Insufficienz ist das Secundäre, die Aortendilatation und Aortensclerose hingegen das Primäre des ganzen Vorganges. In diesen Thatsachen erblicke ich darum einen wichtigen Grund für die von mir (Zeitschr. f. kl. Med. XI, 493) vor Jahren befürwortete principielle Scheidung dieser arteriosclerotischen Form von der endocarditischen Insufficienzform und eine wesentliche Bestätigung der Unabhängigkeit der Aneurysmen von der Insufficienz als solcher und davon abhängiger Drucksteigerung.

Gesteigerter Blutdruck an sich bewirkt eben, wie auch die Thier-Experimente Lewaschews ergeben und die Versuche Thoma's an Kautschukschläuchen nicht widerlegen, höchstens diffuse Gefässdehnung, Arteriectasie oder Phlebectasie, kein Aneurysma.

Wir sehen uns so in Ermangelung genügender Begründung des Blutdruckes als wesentlichen Momentes bei Entstehung eines Aneurysmas, wenngleich ohne ihn, aber als Voraussetzung, wie gesagt, nie ein An. zustande kommt, auf einen anderen Entstehungsgrund hingewiesen. Als solcher ist im Allgemeinen eine die Festigkeit der Aortenwand irgendwo beeinträchtigende Läsion anzunehmen. Damit wären die Bedingungen einer sofort nothwendig eintretenden Aortenerweiterung gegeben und zwar in einer der Läsion genau proportionalen Ausdehnung. Hierbei bedarf es denn gar nicht der Annahme einer hochgradigen, meist auch nicht nachgewiesenen arteriellen Drucksteigerung, da auch der gewöhnliche Blutdruck völlig

ausreicht die Aorta genau dem Widerstandsverluste entsprechend zu dehnen, es sei denn, dass reparatorische Vorgänge, wie compensirende Endarteritis den Schaden repariren. Das Primäre ist hiernach also immer der Widerstandsverlust, die Dehnung der Aorta das Secundäre, nicht umgekehrt.

Welcher Antheil hiernach einer die gewöhnliche Arterienspannung steigernden Action, der Anstrengung oder Ueberanstrengung, berufsmässiger oder gelegentlicher zukomme, erscheint nun klar genug. Es ist der Antheil der Gelegenheitsursache, der secundären, accidentellen, während das wesentliche den ganzen Vorgang beherrschende Moment in der primären Aortenläsion liegt.

Klinische und pathologisch-anatomische Thatsachen weisen nun weiter auf die Arteriosclerose als diese Läsion hin, wobei ich von den einem ganz anderen Gebiete angehörenden angeborenen, traumatischen und sog. Arrosionsaneurysmen absehe. Ich beschränke mich in dieser Darstellung auf die wichtige Gruppe der Aortenaneurysmen Erwachsener. Hier aber wird die Aortensclerose so regelmässig neben dem Aneurysma und in so augenscheinlicher Beziehung zu ihm angetroffen, dass an einem Causalzusammenhang beider nicht zu zweifeln ist und zwar im Sinne einer Abhängigkeit des An. von der Arteriosclerose, nicht umgekehrt.

Thoma freilich, dessen ausgezeichnete Untersuchungen dieser ganzen Frage die grösste Beachtung fordern, hält die primäre Atonie der Aortenmuscularis für den wesentlichen, mechanischen Entstehungsgrund des Aneurysmas, und die Arteriosclerose, wie überhaupt, so auch hier, für einen secundären, wesentlich compensirenden Vorgang. Doch scheint mir der Beweis für diesen Causalnexus nicht geführt zu sein, vielmehr die bisher herrschende Lehre von der entzündlichen Natur der Arteriosclerose im gewöhnlichen Sinne wohl begründet und unerschüttert dazustehen.

Wie nun bei entzündlichen Processen überhaupt, so ist auch bei der Arteriosclerose wesentlich an Stoffe infectiöser oder toxischer Natur als Krankheitsursache zu denken. Doch lässt sich mit Sicherheit die Betheiligung keiner einzigen bekannten Infection oder Intoxication an der As. nachweisen. Es kommen darum wahrscheinlich Schädlichkeiten allgemeiner Natur, Retention regressiver Stoffwechselproducte, Ernährungsfehler, Uebierernährung und eine unzweckmässige Ernährung in Betracht. Dafür spricht schon die Häufigkeit der As. überhaupt, ihre Zunahme mit dem Alter und ihr Ueberwiegen beim weiblichen Geschlecht.

Hieraus nun müsste, die Gleichartigkeit der As. vorausgesetzt, ebenso die ätiologische Unbestimmtheit des ja wesentlich auf As. beruhenden Aortenaneurysmas gefolgert werden. Und in der That kennt die pathologisch-anatomische Betrachtung auch nur quantitative Unterschiede zwischen grossen und kleinen, diffusen und circumscripten, spindel- und sackförmigen Aneurysmen etc Eine derartige sich auf das rein grob Anatomische beschränkende Eintheilung dürfte jedoch nur genügen, wenn jene Voraussetzung der Gleichartigkeit aller arteriosclerotischen Processe als richtig sicher wäre. Das aber ist zum mindesten noch nicht erwiesen: im Gegentheil scheinen wichtige Thatsachen dagegen zu sprechen. Von diesen schon die grosse Seltenheit des Aneurysma für sich und besonders im Vergleich mit der ausserordentlichen Verbreitung der As. überhaupt, ferner sein auffallendes Vorwiegen beim männlichen Geschlecht und im mittleren Alter, während As. gerade das weibliche Geschlecht und das höhere Alter bevorzugt; nach der symptomatischen Seite wiederum die Neigung der in früheren Jahren auftretenden Aneurysmen zu den hier häufigen Herdsymptomen, Lähmung des Recurrens, Druck auf die Trachea, den Bronchus, den Oesophagus, resp. Perforation in diese Organe, während andere Aneurysmen, ins besondere der späteren Jahre diese Herdsymptome in der Regel vermissen lassen. Alles dieses weist, da die in allen Fällen gleiche, höchstens graduell verschiedene Wirkung des Blutdruckes, da einfach mechanische Verhältnisse den Unterschied nicht zu erklären vermögen, auf eine besondere Form der Aortensclerose hin.

Diese erscheint nach der anatomischen Seite durch einen in seinen Folgen auch sichtbaren, destructiven, die von Thoma sog. «Ruptur im allgemeinen» begünstigenden Charakter ausgezeichnet. Er ist den reparatorischen auch hier wirksamen Vorgängen überlegen, während bei der einfachen senilen Ectasia aortae und den Uebergangsformen der Aneurysmen der destructive Charakter zurücktritt und der «Compensation» Zeit lässt. Daher dort die Herdsymptome als Ausdruck der Ruptur, die hier fehlen.

Aus dieser so begründeten Annahme einer besonderen, gerade zum Aneur. s. str. in naher Beziehung stehenden Arteriosclerosenform darf aber weiter auch auf einen besonderen Entstehungsgrund geschlossen werden und, falls sich dieser zwanglos findet, darin eine weitere Bestätigung der Hypothese erblickt werden.

In Bezug hierauf ergiebt die Analyse meiner 50 Aneurysmengeschichten folgendes:

Meist waren die verschiedensten acuten Infectionskrankheiten, Masern, Scharlach, Pocken Typhus, etc. vorausgegangen, ohne jedoch einen anderen Schluss als den einer rein zufälligen Folge zu rechtfertigen. So scheint mir auch im Curschmann'schen Falle eines An. einer jungen Dienstmagd, 3 Jahre nach Scharlach beobachtet, der doch nur per exclusionem geführte Beweis des causalen Zusammenhanges zwischen beiden Erkrankungen nicht zulässig. Ist ja doch ausser anderen möglichen Ursachen z. B. die infantile Syphilis nicht ausgeschlossen und dem vereinzelten Falle darum um so geringere Beweiskraft zuzugestehen.

Bedenkt man nun diese Dürftigkeit positiver, einen Causalnexus zwischen acuten Infectionskrankheiten und dem Aneur. stützender Daten, ferner, dass das Auftreten eines An. nach ihnen ja nichts auffallendes, zunächst nichts weiter als einen Zufall bedeutet; in der Annahme dass es sich auch wirklich nur darum handele, werden wir um so mehr bestärkt, als nach unserer Erfahrung auch die Beziehungen der As. zu acuten Infectionskrankheiten höchst problematischer Natur sind.

Weniger Bedenken regen sich gegenüber der Malaria, die oft exquisit chronisch verläuft und zu Organ- und Gewebserkrankungen führt, die gewisse Analogien mit dem arteriosclerot. Process erkennen lassen. Doch fehlt es an einer thatsächlichen Begründung auch dieses Zusammenhanges, ja die Häufigkeit der Aneurysmen in malariafreien Orten spricht sogar direct dagegen.

Demnach muss das Untersuchungsergebniss in Bezug auf den Zusammenhang acuter Infectionskrankheiten und der Malaria mit dem Aneurysma s. str., resp. der zum Aneurysma tendirenden Form der Arteriosclerose als ein negatives bezeichnet werden Zu gleichem Resultat führt die Untersuchung eines etwa vorhandenen Einflusses acuter Intoxicationen. Es bleiben nunmehr die chronischen Intoxicationen und Infectionen als mögliche Ursachen in Erwägung zu ziehen. Bei ersteren kommen hauptsächlich der Alcohol und Tabak in Betracht, während die Annahme einer immerhin möglichen Abhängigkeit des Aneurysmas von anderen Giften, etwa dem Blei, Quecksilber, Arsen etc. in unserem Beobachtungsmaterial gar keine Unterstützung findet. Alcohol- und Tabakgenuss dagegen spielen in der Anamnese dieser Krankheit eine grosse Rolle, sodass, besonders der Alcohol wohl als eine Ur-

sache verdächtigt werden darf. Dafür spricht ausser der Thatsache seines Genusses noch die bekannte Beziehung des Alcohols zu chronisch entzündlichen, der Arteriosclerose anscheinend verwandten Vorgängen am Nervensystem, zu interstitieller Hepatitis und Nephritis.

Dennoch erscheint er nach unserer Erfahrung, obschon bei der Entstehung der Arteriosclerose und des Aneurysmas überhaupt mitthätig, gerade den wichtigen, zur Ruptur tendirenden Aneurysmen-Formen gegenüber nur von untergeordneter Bedeutung zu sein. Dieses gilt noch mehr von seinem Rivalen, dem Tabak.

Da nun aber weiter ebensowenig irgend welche Beziehungen des Aneurysmas zu sog constitutionellen Krankheiten oder zur Gicht, Arthritis deformans auffallen, so bleibt als letzte Erklärungsinstanz die Gruppe der chronischen Infectionskrankheiten und zwar wohl allein in ihren 2 Hauptvertretern, der Tuberculose und Syphilis, übrig.

Von diesen wiederum kann die Tuberculose sofort ausgeschlossen werden. Aortenaneurysmen und Tuberculose kommen allerdings gelegentlich combinirt vor, doch ohne irgend einen Hinweis auf die abhängige Stellung des Aneurysmas, während für das umgekehrte uns hier aber nicht weiter angehende Verhältniss auch meine Erfahrungen sprechen.

Auf diesem Wege des Ausschlusses wären wir bei der Syphilis als der letzten, wahrscheinlichen Ursache der Aortenaneurysmen angelangt.

Dass sie es aber, wenigstens in einer bestimmten Kategorie von Fällen, auch wirklich ist, dafür sprechen folgende wichtige Gründe.

Zunächst führt eine zuverlässige Anamnese meist zur positiven Angabe einer vor 10—20 Jahren acquirirten constitutionellen Syphilis oder mindestens zu dem sehr begründeten Verdachte dieser Erkrankung, die ja erfahrungsgemäss oft ziemlich verborgen oder unter dem Bilde einer unschuldigen localen venerischen Affection verläuft. Ferner liegt es ja in dem eigenthümlichen, verhängnissvollen Wesen der Syphilis, dass sie nicht blos, was ja auch sonst, besonders bei der Tuberculose zutrifft, die verschiedensten Organe und Gewebe ergreift, kaum eines verschonend, sondern ein wahrer Proteus sich noch dazu durch einen wunderbaren Polymorphismus auszeichnet, worin es ihr keine andere Krankheit gleich thut.

In ihrem Frühstadium, abgesehen von dem oft latenten primären Infectionsgeschwür, die verschiedensten Exantheme: Erytheme, Bläschen, Knötchen, Pusteln auf Haut und Schleimhäuten; später condylomatöse Schleimhautwucherungen; dann nach Jahren scheinbarer Gesundheit die rasch zerfallenden und vernarbenden Gummata und endlich als letzte Spätwirkung nach Jahren und Jahrzehnten, chronische Entzündungen vulgärer Erscheinungsform, dennoch ihre Abhängigkeit von der Syphilis deutlich verrathend und darin allgemein anerkannt, als: Iritiden, Keratitiden, Otitiden etc. nicht gummöser Natur. Zu allerletzt die amyloide Degeneration.

In solchen merkwürdigen, ein ganzes Leben beherrschenden Eigenschaften dieses unverwüstlichen Krankheitskeimes, besonders in seinen erwiesenen Spätwirkungen darf man nun wohl mit Recht eine wichtige Unterstützung des aus den früheren Ergebnissen gefolgerten Zusammenhanges zwischen der Syphilis und dem arteriosclerotischen Aneurysma erblicken trotz fehlender anatomisch-specifischer Merkmale.

Schon nach dem bisher Erörterten muss es als höchst wahrscheinlich bezeichnet werden, dass das zuweilen bereits in der Jugend, vorwiegend aber im kräftigen Mannesalter entstehende, zur Ruptur neigende umschriebene arteriosclerotische Aneurysma zum Unterschiede von der mehr diffusen, vorwiegend im Senium erscheinenden und nicht zur Ruptur neigenden Form, auf die Syphilis als wesentliche Ursache zu beziehen ist.

Dafür spricht kurz recapitulirt: 1) die berechtigte Annahme von der entzündlichen und somit wahrscheinlich infectiösen Natur der Arteriosclerose; 2) der Exclusionsbeweis in den Aneurysmafällen zu Gunsten der Syphilis als Infection 3) die dieser Annahme günstige Verlaufseigenthümlichkeit der Syphilis und 4) die Thatsache syphilitischer Antecedentien in den meisten Aneurysmafällen.

Es fehlt nun noch der statistische Beweis für die letzte Behauptung. Das Material dazu kann nur eine besonders sorgfältige Anamnese bieten. Sache der Beweisführung bleibt es, aus diesen Thatsachen richtig zu schliessen.

Zunächst bedarf es einer Verständigung über die Betonung der «sorgfältigen» Anamnese. Es scheint nämlich, dass das gewöhnliche, in seiner Art auch sorgfältige Examinationsverfahren hier nicht genügt, sondern, um zuverlässig zu sein, durch ein Examen mehr inquisitorischen Charakters ersetzt werden muss. Denn die sonst gewöhnlich genügende Frage nach der vorausgegangenen Krankheit bleibt hier auch dem Gebildeten gegenüber oft resultatlos. Es muss darum der Befragte durch eine richtige und jedes Missverständniss ausschliessende Fragestellung sich zu einer klaren, bejahenden oder verneinenden Antwort gezwungen sehen. Bei solchem Verfahren erfolgt oft im Moment eine bejahende Antwort, während die gewöhnliche Frage nach einer Erkrankung resp. der Syphilis, bona fide verneint wurde.

Ausser solchen falsch examinirten oder auch sophistischen, vor sich scheinbar gerechtfertigten Leugnern giebt es aber andere meist aus der Klasse der Ungebildeten, mit offenbarer mala fides. Diesen beizukommen fällt begreiflicher Weise oft sehr schwer. In einer zweiten Kategorie von Fällen erwachsen die Schwierigkeiten aus der oft verborgenen Natur der Erkrankung, sei es, dass die Kranken, besonders Frauen und jüngere weibliche Individuen, subjectiv unfähig, den Charakter dieser Krankheit zu erkennen, völlig bona fide die ihnen ganz unverständliche Frage nach der Syphilis verneinen, oder dass die Syphilis objectiv in «occulter» Form völlig verborgen verlief. Occult in gewöhnlichem Sinne des Wortes, oder auch blos latent, larvirt, unter dem Bilde einer örtlichen rasch heilenden Erkrankung.

Aus alledem erhellt die grosse Schwierigkeit, in Bezug auf vorausgegangene Syphilis die Wahrheit zu ermitteln und welche Vorsicht gegenüber einem negativen Examinationsergebniss zu walten hat.

Unter Anwendung des Gesagten auf mein casuistisches Material muss auch ich zunächst bekennen, dass es nur zum Theil den an eine gute Anamnese zu stellenden Forderungen entspricht, weil eben, besonders in früheren Jahren, sich nicht durchweg genügende Examinationsvorsicht beobachtet findet. In vielen Fällen fehlen die betr. Angaben ganz, in anderen sind sie lückenhaft, unvollständig. Hier, etwa in der Hälfte aller meiner Aneurysmafälle bleibt darum die Frage nach vorausgegangener Syphilis zweifelhaft und unentschieden. In der anderen Hälfte liegen brauchbare Angaben vor.

Mein casuistisches Material besteht aus 50 Fällen, 17 der ambulatorischen Privatpraxis, 33 der Hospitalpraxis. Von diesen Kranken waren 41 männlichen, 9 weiblichen Geschlechts, von letzteren 7 verheirathet resp. verwittwet, 2 ledig. Ein Weib befand sich im 3 Lebensdecennium, 6 Kranke (5 M. und 1 W.) standen im 4., 22 (20 M. und 2 W.) im 5., 15 (10 M und 5 W.) im 6., und endlich 3 Männer im 7. Lebensdecennium.

Also ein auffallendes Ueberwiegen des männlichen Geschlechts im besten Alter und der verheiratheten, also der Infection ausgesetzten unter den Weibern. Von den zwei ledigen hatte eine zugeständlich wiederholt gebo-

ren, bei der andern, plötzlich verstorbenen, fehlten genauere anamnestische Angaben, doch ergab die Obduction verdächtige entzündliche Reste in den Genitalorganen.

In den 17 Fällen meiner Privatpraxis war das anamnestische Ergebniss bei den Männern in Bezug auf venerische Affection im allgemeinen, mit Ausnahme eines Falles, stets positiv. In diesem einen Falle fehlten die betreffenden Angaben ganz, er ist somit überhaupt nicht in Rechnung zu bringen. Von den anderen hatten 7 an constitutioneller Syphilis vor 8—20 Jahren, meist vor weniger als 20 Jahren gelitten; bei 6 gleichfalls vor 7—20 Jahren, hatte die Affection in einem Ulcus oder Ulcus und Gonorrhoe bestanden, in einem Falle hatte nur Gonorrhoe vorgelegen. Die beiden Frauen wussten nichts über venerische Affectionen zu berichten, hatten aber abortirt.

In den 33 Fällen der Hospitalpraxis fehlen die betreffenden Angaben ganz 13 mal, 10 mal lauteten sie positiv (6 mal Syphilis, 2 mal Ulcus, 2 mal Gonorrhoe) 10 mal negativ.

Bedenken wir nun bei Verwerthung dieses Zahlenmaterials, dass die bekannten latenten oder leicht zu übersehenden Initialerscheinungen der Syphilis in einer Reihe von Fällen auch ohne beabsichtigte Täuschung ein negatives anamnestisches Resultat haben müssen, trotz sicher erfolgter aber erst in Spätsymptomen sich offenbarender Infection, ferner dass in anderen Fällen die Unbildung der Patienten eine hartnäckige Ableugnung thatsächlich vorausgegangener Syphilis verschuldet, was auch in dem Verhältniss der Zahlen meiner Privatpraxis zu denen der Hospitalpraxis (82 : 32 pCt. positive Resultate) ausgedrückt ist, so erscheint die gewonnene positive Zahl der an Syphilis Erkrankten oder doch der Syphilis Verdächtigen gross genug, um schon allein als Zeugniss für die Syphilis als Ursache des Aneurysmas der Aorta und gegen ein blos zufälliges Zusammentreffen beider zu gelten.

Vollends wird uns die Uebereinstimmung des auf diesem Wege gewonnenen Urtheils mit den oben aus der Natur der As. und des Aneur. und der Syphilis gezogenen Folgerungen bestimmen dürfen, den behaupteten Causalzusammenhang als erwiesen anzusehen.

Weitere, willkommene Bestätigung dieses Urtheils finde ich in meiner Erfahrung, dass ein sicher diagnosticirtes, umschriebenes Aortenaneurysma den fast nie trügenden Rückschluss auf eine vor 8—20 Jahren vorausgegangene constitutionelle Syphilis gestattet, ganz wie bei der Tabes, und umgekehrt, dass, falls Syphilis, sowohl in manifester als latenter, larvirter oder occulter Form mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, was möglich ist, oder der Termin der Syphilis weit, 30—40 Jahre und mehr zurückliegt, trotz aller auf ein Aneurysma hinweisenden Zeichen (Neuralgien, Lähmungen, pulsirender Tumor etc.) gegen das Aneurysma zu entscheiden ist.

Hieraus folgt die praktische Bedeutung der gewonnenen Erkenntniss vom Zusammenhange der Syphilis und des Aortenaneurysmas. Bekanntlich schwankt die Diagnose sehr oft zwischen diesem und einem intrathoracalen Tumor, trotz ausgebildeter, aber immer noch vieldeutiger Localzeichen. Da erscheint es denn als kein geringer praktischer Gewinn, nach sicherem Ausschluss der Syphilis die Diagnose im Sinne eines Tumors entscheiden zu können. Der umgekehrte Schluss freilich ist nicht statthaft, wir dürfen uns aber wohl an dem einen Vortheil genügen lassen.

Endlich erscheint auch praktisch-therapeutisch diese Auffassung der Aneurysmenätiologie von Bedeutung. Freilich nicht in dem zunächst zu erwartenden Sinne, als wäre nun auf grössere therapeutische Erfolge bei consequenter Anwendung antisyphilitischer Curen zu rechnen. Die Principien der Aneurysmenbehandlung werden, glaube ich, trotz der gewonnenen Erkenntniss immer wesentlich hygienische, diätetische und mechanische bleiben.

Nichtsdestoweniger ist die Behauptung insofern aufrecht zu erhalten, als die Erkenntniss einer jeden weiteren, ernsten, der Syphilis entspringenden Krankheit zu neuen Anstrengungen nach erfolgreicher Abwehr dieser Seuche anregt.

Es liegt nicht im Plane der Arbeit, auf diese wichtige Frage näher einzugehen, nur soviel soll angedeutet werden, dass ihre Lösung wie mir scheint, nicht auf eigentlich medicinischem Gebiet, auch nicht auf den staatlich-polizeilichen Anordnungen, sondern allein auf dem Gebiet der Familien- und Volkserziehung in Schule und Haus zu suchen ist. Die Frage ist demnach kurz gesagt wesentlich eine bisher vernachlässigte und durchaus nicht aussichtslose Erziehungsfrage.

Ein Fall von Erythromelalgie.

Demonstrirt auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livl. Aerzte in Wolmar.

Von

Drd. med. Elmar Fischer.

M. J. 50 a. n. aus Bremenhof (Odenpäh) gebürtig, stammt aus einer Soldatenfamilie. Neuropathische Veranlagung hereditär nicht nachweisbar. Vor 20 Jahren hat sie Typhus, vor 10 Jahren Scarlatina durchgemacht. Nach letzterer Erkrankung behauptet sie ab und zu an Kopfschmerzen gelitten zu haben. Anfangs hat sie sich mit Feldarbeiten, seit 12 Jahren aber hauptsächlich mit Handarbeiten, speciell mit Weberei, wobei beide Hände gleichmässig in Anspruch genommen wurden, beschäftigt. Lasten hat sie immer auf der linken Schulter getragen, Alcohol, Taback und Morphiummissbrauch wird geleugnet. Im Juni 1890 schlug der Blitz in den Schornstein des Hauses, in dem sie gerade sich mit Wäscheplätten beschäftigte. Sie gibt an, ausser einem grossen Schreck damals keinerlei Störungen empfunden zu haben. Im Herbst desselben Jahres bezog sie ein feuchtes sehr kaltes Quartier, webte damals viel, wobei ihr die Hände oft blau vor Kälte waren. Sie erkrankte im Anschluss daran mit Kopfschmerzen und Schwindel und und hat einen ganzen Monat im Bett zugebracht. Während der Zeit bemerkte sie zum ersten Mal in den Fingern und Zehen ein Gefühl von Jucken, Vertaubtsein und Schmerzen, etwa in der Art, wie nach einer Erfrierung I. Grades. Eine Einreibung soll ihr damals geholfen haben. Ausserdem bezog sie ein besseres Quartier. Von nun an war sie 1½ Jahre hindurch vollkommen gesund und konnte alle Arbeit verrichten. Im Winter 1892 kommt sie wiederum in ein schlechtes, kaltes Quartier, es war so kalt, dass das Wasser im Zimmer gefror. Nun stellten sich Schmerzen in den Fingern der linken Hand ein, sowie Jucken und Pelzigsein in den Zehen. Im Februar 1893 bezieht sie wieder ein besseres Quartier, — die Schmerzen werden geringer und sie kann wieder arbeiten. Im Mai 1893 hat sie Gelegenheit mich ihres Leidens wegen zu consultiren. Ich erinnere mich sicher, damals an der Hand, in der sie Schmerzen zu haben behauptete, objectiv nichts Abnormes gefunden zu haben. Da ich es für eine Gewerbsneurose hielt, so verordnete ich Schonung und gab, um den etwas herabgekommenen Ernährungszustand zu heben, ein Roborans. Gegen eventuell auftretende Kopfschmerzen veordnete ich Antifebrin. Der Zustand der Patientin war nunmehr ein so erträglicher geworden, dass sie bis zum Februar 1894 sehr viel und angestrengt gearbeitet hat. Bis zu dieser Zeit waren die Schmerzen in der linken Hand und im Kopf nur anfallsweise aufgetreten. Seit dem Februar 1894 stellten sich die Schmerzen in den Fingern der linken Hand permanent ein, Kopfschmerzen und Schwindel waren häufig und es kam zu Würgen und wirklichem Erbrechen. Die Schmerzen sollen so intensiv gewesen sein, dass der Schlaf bis auf ein Minimum reducirt wurde. Die Hand magerte ab und aus der Handfläche «entströmte ihr Hitze». Appetit und Stuhl sind dabei gut gewesen, über Erscheinungen abnormer Art an den übrigen Organen konnte keine Auskunft gegeben werden.

Gegenwärtig bietet die Patientin nun folgendes Bild: Sie ist von mittlerer Statur, die Hautfarbe etwas cyanotisch, Kopfhaut empfindlich, die Haare fallen ziemlich reichlich aus. Die Augenlider sind beweglich, die Pupillen reagiren normal, am Facialis und Trigeminus nichts auffälliges, Geruch, Geschmack, Gehör, Sprache und Schlingbewegungen normal. An den inneren Organen, ausser eswas Bronchitis nichts Pathologisches nachweisbar. Intelligenz und Gedächtniss intact, Lesen und Sehen gut möglich. Motilität: Alle Gelenke bis auf das linke Humerusgelenk und die Phalangealgelenke der linken Hand normal. Der Gang ist normal aber sehr vorsichtig, bei

plötzlichen oder lang andauernden Bewegungen tritt Schwindel ein. Sensibilität. Tast- Druck- und Temperatursinn erhalten, links in der Hand Hyperalgesie. Reflexe normal. Vasomotorische secretorische und trophische Störungen: Die Endphalangen der linken Hand kolbig angeschwollen, die Nägel krallenförmig gekrümmt, das Nagelbett injicirt. Die Haut an den Fingern der linken Hand glänzend und gespannt. An der Vola manus dunkel blaurothe fleckige Verfärbungen am Daumen, Zeigefinger, Daumen und Kleinfinger-Ballen, an den Endphalangen aller Finger der linken Hand. Im Unterhautzellgewebe, über das Niveau der Haut prominirend kleine linsengrosse Knötchen, die zeitweilig fast vollständig verschwinden können, beim gesteigerten Schmerz erscheinen sie am deutlichsten, wobei die Hand alsdann transpirirt.

Fasse ich noch kurz die wichtigsten Symptome des vorliegenden Krankheitsfalles zusammen, so sind es: Anfangs anfallsweise, später permanente exacerbirende starke Schmerzen in der linken Hand, beginnend von den Fingerspitzen, blaurothe fleckige Verfärbungen an der Innenfläche derselben Hand, Hitzegefühl und Transpiration daselbst, kolbige Anschwellung der Endphalangen, krallenförmige Verkrümmung der Nägel und Injection des Nagelbettes, Knötchenbildung unter resp. in der Haut Schwindel- und Schwächegefühl. Abmagerung der ganzen Hand und Unbeweglichkeit der Phalangealgelenke. Es handelt sich hier also, wie Sie sehen, um vasomotorische, secretorische, trophische und sensible Störung einer Extremität und wahrscheinlich mit ebensolchen Störungen im Gehirn im Anschluss an oft eingetretene Kälteeinwirkung und ein intensiv betriebenes Gewerbe (Weberei). Solche Krankheitsbilder sind zuerst von Weir Mitchel, später von Gerhardt, Senator und Anderen als Erythromelalgie bezeichnet worden.

Referate

J. Peckham: Appendicitis with apparent resolution of abscess; relapse; death; autopsy. (Boston med. surg. Journ. CXXX. № 3. Jan. 18. 1894. pg. 61).

20-jähriger Mann, erkrankt am 10. Nov. 1893. Am 4. Tage entschiedene Besserung, am 5. sein Zustand so gut, dass die Operation aufgeschoben wird. In der Nacht vom 5. auf d. 6. Tag Collaps; Tod Bei der Section fand sich ein Geschwür im Appendix, dollargross, nicht perforirend; Eiter frei in der Bauchhöhle. Ausserdem Abscess an der Vorderfläche des Colon ascendens nahe der Curvatura hepatica und ein ähnl. Geschwür. Peritonitis. Verf. ist der Ansicht, dass eine Frühoperation den Patienten hätte retten können. Butz.

P. Mundé: Premature delivery of a dead child, induced by acute Appendicitis, with remarks of Appendicitis in women. (New-York medic. Record. Dec. 1894. p. 678.)

Die Immunität des weiblichen Geschlechts für Appendicitis ist nur eine scheinbare, da dieselbe häufig genug eine Erkrankung der Uterusadnexa vortäuschen mag. Patientin erkrankte am 15. Sept. 20. Sept. entschiedene Besserung. Am 21. Schüttelfrost, Schmerzen und Wehen. Am 22. Geburt eines todten Kindes; Fieber und Schmerzen im Abdomen namentlich rechts hielten bis zum 27. an. Am 28. Eröffnung d. perityphlitischen Abscesses. Heilung. Butz.

Rob. Abbé: Perforating typhoid ulcer. Peritonitis. Operation. Recovery. (N.-Y. Med. Record Vol. 47. № 1. Jan. 1895. pg. 1.)

21-jähr. Frau. 3 Wochenlang typhuskrank. Montag 29. Oct. scheinbare Reconvalescenz. Am Mittwoch rasende Schmerzen im Abdomen. Erbrechen. Collaps, dann Temperaturerhöhung, Schmerzen; aufgetriebener Leib. Am Ende des 2. Tages Verschlechterung, Puls schwächer, Leib mehr aufgetrieben, Perforationsperitonitis. Am Operationstage P. 140. Temp. 104° F. Im unteren Theil des Abdomen Percussionsschall gedämpft bis halbwegs zum Nabel und dem rechten Ligament. Poupartii entlang. Incision in der Mittellinie. Becken und untere Theil der Bauchhöhle angefüllt mit stinkendem Eiter. Irrigation derselben mit Sublimat (1: 20.000). Der untere Theil des Ileum zeigt mehrere verdickte, ovale Flecken, leicht kenntlich bei Berührung. An einem solchen Placque fand sich eine Perforation. Letztere wird durch Matratzennähte (Halsted) geschlossen. Tamponade mit Jodoformgaze. Wunde wird offen gelassen. Tampons werden nach 48 Stunden gewechselt. 2 Wochen bestand eine kleine Kothfistel. Heilung. Die Symptome bei der Perforation eines typhösen Geschwürs sind identisch mit denen bei Appendicitis, auch hier localisirt sich die Peritonitis gewöhnlich in der rechten Fossa iliaca. Man soll solche Fälle operiren, aber nur bei guter Assistenz, Beleuchtung etc. Von 24 derartigen Laparotomien sind nur 6 genesen, mit Ausschluss zweifelhafter Fälle hätte man 3 Genesungen auf 17 Laparotomien. Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ludwig Hirt: Pathologie und Therapie der Nervenkrankheiten für Aerzte und Studirende. Zweite umgearbeitete Auflage. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1894.

Der grosse Erfolg dieses Lehrbuches sowohl in Deutschland als auch im Auslande — es ist innerhalb eines Jahres ins Französische, Englische und Italienische übersetzt worden — macht sein Erscheinen in neuer Auflage nach relativ kurzer Zeit verständlich.

Die Eintheilung des Stoffes welche von der in den gangbaren Handbüchern üblichen theilweise abweicht, ist in der Hauptsache dieselbe geblieben. Immerhin sind in der speciellen Anordnung einige Veränderungen vorgenommen; so sind als besondere Gruppen der «functionellen Neurosen» einerseits die Migräne, andererseits die Akromegalie, die neu hinzugekommene Osteoarthropathie und anhangsweise die Basedow'sche Krankheit sowie das Myxödem aufgestellt worden, welche Krankheiten in der 1. Auflage in anderem Zusammenhange abgehandelt worden waren. Alle Fortschritte und wesentlichen Neuerungen in der Neurologie seit dem ersten Erscheinen des Buches sind berücksichtigt und verwerthet worden, wozu die jedem Capitel angefügten Literaturverzeichnisse den Beleg geben. Trotzdem ist der Umfang des Buches nur um 37 Seiten gewachsen.

Die Ausstattung, namentlich auch bezüglich der zum Theil durch Beiträge amerikanischer Fachcollegen vermehrten Abbildungen, ist vorzüglich.

Die neue Auflage wird sicher in noch erheblicherem Maasse die allgemeine Anerkennung sich erwerben. Michelson.

Johannes Gad: Real-Lexicon der medicinischen Propädeutik. Repetitorium für Studirende und praktische Aerzte, herausgegeben unter Mitwirkung zahlreicher Autoritäten. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenburg 1893. Lieferungen 21—30.

Wir haben bereits beim Erscheinen der ersten Lieferungen dieses Lexicons Gelegenheit gehabt die Vorzüge desselben an dieser Stelle hervorzuheben. Die vorliegenden weiteren Lieferungen zeugen von der Sorgfältigkeit, mit der die Bearbeitung der einzelnen Themata ausgeführt wird. Kurz und verständlich werden alle propädeutischen Fächer, wie Anatomie, Physiologie, Histologie, allgemeine und pathologische Anatomie, Bacteriologie, Chemie, Physik und Zoologie abgehandelt, so dass der Interessent sehr rasch informirt wird. Nochmals sei das Werk unseren Lesern auf das Wärmste empfohlen.

Abelmann.

Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten, in sechs Bänden herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Verlag von G. Fischer, Jena 1894. Band I.

Wir haben bereits Gelegenheit genommen, auf die Bedeutung des grossen therapeutischen Sammelwerkes von Penzoldt und Stintzing hinzuweisen, das seit dem vorigen Jahre in der Ausgabe begriffen ist (vergl. diese Wochenschr. 1894, Nr. 32.) Die Herausgabe ist jetzt so weit vorgeschritten, dass neben einer Reihe von anderen Arbeiten, der ganze erste Band, umfassend die Therapie der Infectionskrankheiten vollständig vorliegt. Vierzehn der auf ihren Specialgebieten rühmlichst bekannten Fachmänner haben an ihm Theil genommen und verleihen ihm das Gepräge des Vollendeten und Ganzen. Die allgemeine Prophylaxe der Infectionskrankheiten ist von Prof. Gärtner in eingehendster Weise besprochen und enthält manchen wichtigen Wink speciell für Sanitäts- und Hospitalärzte. Prof. Buchner redet in kurzer übersichtlicher Weise den Methoden der Immunisirung das Wort. Professor Ziemssen theilt im Kapitel über allgemeine Behandlung der Infectionskrankheiten manches aus seiner reichen Erfahrung mit und legt besonderen Nachdruck auf die Behandlung der Reconvalescenz. — Die Therapie der Masern, Varicellen, Röteln, des Scharlachs und der Gesichtsrose ist von Professor Vierordt, und die der Blattern von Dr. Peiffer besprochen. Mit besonderer Sorgfalt wird hier auf die Impfung eingegangen und alles theoretisch, practisch und technisch Wichtige abgehandelt. Das wichtige Kapitel über Behandlung

der Diphtherie, ebenso wie des Keuchhustens und der Mumps ist von Prof. Ganghofner bearbeitet. Neben den älteren Methoden wird hier auf die Intubation und auf die Heilserumtherapie eingegangen. Die Therapie der Cholera asiatica (und nostras) hat ihren Bearbeiter in dem Hamburger Krankenhausdirector Rumpf gefunden und giebt in ihrer Mannigfaltigkeit wohl ein treues Bild unserer unsäglichen Bemühungen aber auch unserer relativen therapeutischen Machtlosigkeit gegenüber dieser Krankheit.

Dr. Kartulis in Alexandrien hat dann seine grossen Erfahrungen in der Behandlung der Dysenterie hier niedergelegt und rühmt das Calomel und die Tanninenteroclyse. Auch der Typhus abdom. und exanthem., Febris recurrens, Morbus Weilii. Influenza, Pest, Dengue. allgemeine Miliartuberculose und Septicopyämie hätten für ihre Besprechung keinen besseren finden können als Prof. Ziemssen. Nennen wir noch die Kapitel über Behandlung der puerperalen Septikämie von Prof. Frommel, des Gelbfiebers von Dr. Cochren, der Malariakrankheiten von Prof. Maragliano, der Lepra von weil. Danielssen, des Milzbrandes Rotzes und der Aktinomykosis von Prof. Garré, der Lyssa von Babes und der Trichinenkrankheiten von Merkel. Arbeiten, die jede an sich die Erfahrungen eines Menschenlebens in sich bergen, und wohl noch lange maassgebend sein werden, so haben wir nur in kurzen Worten den Werth des an 600 Seiten fassenden Buches beleuchtet. Fünf weitere Bände sollen diesen ersten ergänzen. Wollen wir hoffen, dass das schöne und nützliche Werk, zu dem sich Herausgeber, Verleger und Leser in gleicher Weise beglückwünschen können in bisheriger Präcision seiner weiteren Entwickelung entgegenschreite. K.

Rudolph Hesse: Die Hypogäen Deutschlands. Natur- und Entwickelungsgeschichte sowie Anatomie und Morphologie der in Deutschland vorkommenden Trüffeln und der diesen verwandten Organismen nebst praktischen Anleitungen bezüglich deren Gewinnung und Verwendung. Eine Monographie. Band I. Die Hymenogastreen. Gross Folio, 133 Seiten mit 11 lithographischen farbigen und schwarzen Tafeln. 1891. Band II. Die Tuberaceen und Elaphomyceten. 140 Seiten mit 11 lithographischen farbigen und schwarzen Tafeln. Halle-Saale 1894. Verlag von Hofstetter.

Es unterliegt heutzutage nicht dem geringsten Zweifel mehr, dass die essbaren Pilze, wenn auch nicht als Nahrungsmittel, wo man sie zeitweise stark überschätzt hat, aber doch als Genussmittel für den Menschen eine ganz ausserordentliche Bedeutung haben. Der Unterzeichnete hat daher früher einmal in einem in der Naturforschergesellschaft zu Dorpat gehaltenen und in dieser Wochenschrift in extenso veröffentlichten Vortrage darauf hingewiesen, dass gerade nach dieser Richtung hin in Russland noch viel zu machen ist, und hat den Pharmaceuten empfohlen, Pilzextracte und werthvolle Esspilze von Russland aus in den Welthandel zu bringen. Jetzt, wo der russisch-deutsche Handelsvertrag derartige Unternehmungen begünstigt, möchte er von Neuem auf die Esspilze hinweisen.

Selbstverständlich ist die erste Voraussetzung für eine nützliche Verwendung der Pilze und ihrer Extracte im Sinne der Diaetetik eine genaue Kenntniss derselben, damit nicht etwa giftige statt der essbaren zur Verwendung kommen. Ja eine noch weiter gehende Forderung mancher Hygieniker geht dahin. dass man die Esspilze nicht wild sammele, sondern züchten lerne. Bei den Anforderungen nun, der genauen Kenntniss und Unterscheidung, sowie der künstlichen Züchtung genügt, was die so überaus werthvollen Trüffeln Mitteleuropas anlangt, das oben angezeigte hochwissenschaftliche und dabei doch jedermann verständliche Werk. Es beruht auf 20 jähriger rastloser Arbeit eines Specialforschers. Kein Arzt und Apotheker wird dasselbe zur Hand nehmen können ohne davon aufs Lebhafteste angeregt zu werden. Möchten diese Zeilen dazu beitragen demselben Eingang in alle öffentliche und viele private Bibliotheken Russlands zu schaffen. Der jetzt leider verstorbene Verleger hat auch seinerseits durch vortreffliche Ausstattung das Werk zu einer Musterleistung gemacht.

Kobert.

Hippokrates' sämmtliche Werke, ins Deutsche übersetzt und ausführlich commentirt von Dr. Robert Fuchs. 3 Bände, Gr. 8°. Davon Bd. I 1895, München, H. Lüneburg.

Keiner weiss besser, als der Unterzeichnete, welch grosse Schwierigkeit eine dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft entsprechende Uebersetzung und Erklärung derjenigen Werke macht, welche man als Corpus der Hippokratischen Schriften seit Alters zusammenfasst. Muss doch der Unternehmer einer solchen Arbeit ganzer Mediciner, aber gleichzeitig auch Philolog sein. Und wenn sich auch einmal ein so vielseitiger Mensch findet und er das Riesenwerk einer solchen Uebersetzung und Commentirung ausführt, so ist damit noch lange nicht gesagt, dass seine Geistesarbeit auch der Mit- und Nachwelt vorgeführt werden wird, denn das Wichtigste fehlt noch, der Verleger. Der Unterzeichnete gehört nicht zu denjenigen Autoren, welche principiell auf alle Verleger deshalb schimpfen, weil sie am sauren Schweiss der Gelehrten reich werden wollten; er weiss ganz genau, dass heutzutage an vielen wissenschaftlichen Büchern blutwenig und an solchen über Geschichte der Medicin gar nichts verdient wird. Um so mehr bewundert er das glückliche Ereigniss, welches einen Autor von der Gelehrtheit wie Fuchs mit einem so opferwilligen Verleger wie Lüneburg zusammentreffen liess.

Der bis jetzt vorliegende erste Band umfasst folgende Schriften: Der Eid. Das Gesetz. Ueber die Kunst. Die alte Medicin. Der Arzt. Ueber den Anstand. Vorschriften. Die Aphorismen. Die Anatomie. Das Herz. Das Fleisch. Die Drüsen. Die Natur der Knochen. Die Natur des Menschen. Der Same. Die Entstehung des Kindes. Die Krankheiten, viertes Buch. Die Nahrung. Die Diät, vier Bücher. Die Hygiene der Lebensweise. Ueber Luft, Wasser und Oertlichkeit. Die Säfte. Die Krisen. Die kritischen Tage. Die Wochen. Die Winde. Das Buch der Prognosen. Die Vorhersagungen, erstes und zweites Buch.

Die Uebersetzung der im Vorstehenden genannten Schriften ist wortgetreu und doch elegant. Die Fussnoten ermöglichen auch einem historisch ganz ungebildeten Arzte das Verständniss. Der Unterzeichnete, der noch im ersten Semester dieses Jahres wieder über Hippokratische Medicin gelesen hat, empfiehlt allen seinen ehemaligen Schülern, sowie allen Collegen, welchen am Verständniss des Alterthums etwas liegt, das vorliegende Werk auf's Wärmste. R. Kobert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

581. Sitzung am 13. December 1894.

Vorsitzender: Herr Tiling, später Herr Moritz.

2) Herr Petersen demonstrirt einen Fall von Lepra maculosa in sehr frühem Stadium. Im Gesicht und über den ganzen Körper des Pat. zerstreut finden sich charakteristische Lepraflecke mit herabgesetzter Sensibilität, am Rücken sind schon einige kleine Knötchen zu bemerken. Pat. giebt an, seit 1½ Jahren erythematöse Flecke an der Stirn zu haben. Derselbe stammt aus dem Lug a'schen Kreise des Petersburger Gouvernement und ist Vater von 2 gesunden Kindern.

Herr Schmitz fragt, ob die Diagnose im vorgestellten Falle so sicher gestellt werden kann, dass man den Pat. mit anderen Leprakranken zusammenbringen und von seiner gesunden Umgebung isoliren könne.

Herr Petersenn ist seiner Diagnose trotz ausstehender mikroskopischer Untersuchung völlig sicher, da die Erscheinungen sehr charakteristisch sind. Im Augenblick kann der Pat. seine Umgebung nicht anstecken, da noch keine ulcerösen Erscheinungen aufgetreten sind. Wo letztere vorhanden sind, können Leprakranke gemäss dem Vorschlage eines besonderen Comités des Medicinalrathes, wenn nöthig, mit Gewalt in Lepracolonien oder Leprosorien internirt werden. In Norwegen ist die diesbezügliche Gesetzgebung besonders streng, und wird dort kein Pat. früher aus der Isolirung befreit, als bis er 10 Jahre lang ohne jegliche Erscheinungen gewesen ist. Erst dann wird er als geheilt betrachtet. Wegen der häufigen Recidive nach sogenannten Heilungen ist eine solche Vorsicht wohl am Platze.

Herr Blessig zweifelt an der Berechtigung so strenger Maassnahmen, wie sie neuerdings an den Leprösen zur Anwendung kommen. Bei keiner anderen contagiösen Krankheit geschieht etwas dem Aehnliches. Weder der Tuberculöse, noch auch der Syphilitiker im floriden Stadium, welche doch zumeist eine grössere Gefahr für ihre Umgebung sind als die Leprösen werden in ihrem Verkehr mit den Mitmenschen irgendwie beschränkt. Dagegen wird der Lepröse aus seiner Familie, aus seinem Beruf, aus der ganzen Gesellschaft herausgerissen und zwangsweise in einem Leprosorium untergebracht. Der Zwang ist nicht immer ein directer, vom Leprosorium aus geübter, oft geht er auch indirect vom der Polizei oder von anderen administrativen Organen aus. Das führt zu Eingriffen in das Familienleben, in die Erwerbsfreiheit und Freizügigkeit, ja überhaupt in die privaten Rechte eines Menschen, wie sie härter gar nicht gedacht werden können. Wie weit solche Zwangsmaassregeln mit dem bestehenden bürgerlichen Recht vereinbar sind, mögen Juristen entscheiden. Wir Aerzte haben nur die Frage ernstlich zu erwägen, ob ein solches Vorgehen denn wirklich durchaus nothwendig sei. Letzteres darf eben bezweifelt werden, da die Contagiosität der Lepra allem Anscheine nach keine grosse ist, jedenfalls nicht grösser, als diejenige der Tuberculose oder der Syphilis. Werden aber gegen Letztere, die Menschheit viel mehr gefährdende Krankheiten gar keine die persönliche Freiheit des Kranken beeinträchtigende Maassregeln ergriffen, — warum

dann das rigorose Vorgehen gerade gegen die Leprösen? Dass die Lepra an Verbreitung gewinnt, darf nach den genauen Erhebungen der letzten Jahre nicht bezweifelt werden; doch ist diese Zunahme keineswegs eine rapide. Ausserdem liegt auch noch eine Quelle der Täuschung in dem Umstande, dass man jetzt viel eifriger nach den vorhandenen Leprafällen forscht und daher mancher früher übersehene Fall jetzt als solcher erkannt und verzeichnet wird. Die Gefahr wird daher leicht überschätzt. Die Leprosorien verdienen gewiss die lebhafteste Sympathie als Heil- und Pflegestätten, in denen die unglücklichen Leprösen Linderung ihrer Leiden, vielleicht auch Heilung, suchen und finden sollen; eine zwangsweise Internirung ist aber mit diesem humanen Charakter der Leprosorien unvereinbar.

Herr Petersen: Tuberculose und Syphilis sind so verbreitet, dass man nicht daran denken kann, sie ebenso wie die Lepra zu bekämpfen. Die Lepra befindet sich jetzt in einem Stadium, wo sie eben anfängt mehr an Boden zu gewinnen und sich auszubreiten. In Russland giebt es gegen 2000 Leprakranke. Diese verhältnissmässig nicht hohe Zahl rechtfertigt die zur Einschränkung der Seuche ergriffenen Maassregeln. Letztere sind in der That nicht so rigoros, da z. B. die Pat. im Petersburger Gouvernement nicht in Hospitälern, sondern Colonien untergebracht werden, in denen jeder arbeitsfähige Patient Beschäftigung finden kann. Die Familien der Kranken sollen nach Möglichkeit unterstützt werden.

Herr Kroug führt zur Illustrirung der Ansteckungsfähigkeit der Lepra an, dass er in einer Familie eine Haushälterin mit ausgesprochenen Symptomen der tuberösen Lepra gefunden habe, die 6—7 Jahre im Dienst stand. Trotzdem hatte sie Niemand im Hause angesteckt. Das einfache Volk, das in Livland vor Infectionskrankheiten im Allgemeinen nicht Angst ist, verfährt sehr rigoros mit Leprösen, indem es dieselben aus seiner Mitte ausstösst.

Herr Tiling. Die Lepra ist jedenfalls nicht sehr ansteckend. Es fragt sich, ob sie jemals eine Volksseuche gewesen ist. Bekannt geworden ist die Krankheit ja erst in diesem Jahrhundert. Erst seit dieser Zeit fing man an die Lepra von anderen Krankheiten differential-diagnostisch zu scheiden. Im classischen Alterthum hat die Lepra jedenfalls keine wesentliche Verbreitung aufzuweisen gehabt, damals wusste man auch von einer Leprafurcht nichts. Im Mittelalter, wo die Zahl der Leprosorien eine grosse war, lässt sich die Verbreitung der Krankheit schwer feststellen. Ein grosser Theil der Leprafälle wird wohl zur Form der tardiven Syphilis zu rechnen sein. Im alten Testament, in dem sich Beschreibungen und Erwähnungen anderer Hautkrankheiten finden, findet sich keine Stelle, die das Vorkommen der Lepra berücksichtigt. Man kann daher überhaupt zweifeln, ob die Lepra als solche jemals Volksseuche gewesen ist.

Herr Petersen. Im Buche Moses werden zwar die Krankheitssymptome häufig nicht auseinander gehalten, doch werden Kranke mit herabgesetzter Sensibilität angeführt. Das spricht dafür, dass es Leprafälle gegeben hat. An einer Verbreitung der Lepra im Mittelalter kann nicht gezweifelt werden, trotzdem zuzugeben ist, dass auch syphilitische und andere Kranke in Leprosorien untergebracht wurden. Nach den Kreuzzügen gab es eine grosse Lepraepidemie in Europa, was aus sehr guten aus dem Mittelalter stammenden Beschreibungen zu ersehen ist.

Herr Kroug. Im Mittelalter bestand der Lazarusorden zur Bekämpfung der Lepra. Der Grossmeister dieses Ordens war ein Lepröser. Auch in den baltischen Provinzen gab es Leprosorien.

Herr Tiling. Dieses beweist noch nicht, dass die Lepra stets richtig erkannt wurde. Die Möglichkeit, dass unter der Bezeichnung Lepra viele heterogene Krankheiten verstanden wurden, bleibt bestehen. Ferner muss ich es bestreiten, dass sich in der Bibel irgendwo eine Stelle findet, aus der man auf das Vorkommen der Lepra schliessen könnte. Eine genaue Durchsicht der Bibel berechtigt mich zu dieser Behauptung, wobei ich erwähnen will, dass ich ausser der Luther'schen Uebersetzung auch noch andere Uebersetzungen durchgesehen habe. Erwähnung von Hautaffectionen, bei denen Anaesthesie vorkommt, findet sich nirgendwo in der Bibel. Interessant ist die Erscheinung, dass die Furcht vor der Lepra parallel geht der hebräischen Cultur. Ueberall, wo sich letztere festsetzt, treten erst die Furcht vor der Lepra und damit die Maassregeln gegen diese Krankheit auf. Die Furcht vor der Lepra stammt nicht aus dem Orient, sondern ist hebräischen Vorstellungen entnommen. Diesen zufolge ist die Lepra eine weit verbreitete Krankheit. Mit der Entwickelung medicinischer Bildung schwindet die Furcht vor der Lepra und werden auch die Syphilis und andere Krankheiten diagnosticirt. Im Alterthum kannte man die Lepra nicht. Hippocrates erwähnt sie nicht. Die ersten Maassregeln gegen diese Krankheit stammen aus christlicher Zeit und zwar aus dem 7. und 8. Jahrhundert, d. h. aus einer Zeit, wo das Volk schon aus der Bibel seine Vorstellungen bezieht. In der Bibel aber werden die verschiedensten Krankheiten zusammengeworfen.

Herr Petersen erinnert daran, dass es noch vor 20 Jahren nur wenige Leprakranke gab, während die Zahl derselben sich jetzt bedeutend vermehrt hat.

Herr Beckmann. Die Geschichte der Epidemien lehrt uns, dass es bis jetzt noch niemals gelungen ist, durch Isolirung oder anderweitige Maassregeln der Ausbreitung einer Epidemie zu steuern, oder dieselbe gar zum Verlöschen zu bringen. Das Gewöhnliche ist vielmehr, dass das Krankheitsgift selbst mit der Dauer der Epidemie resp. deren häufigen Wiederholungen eine Abschwächung erleidet, wodurch es zu einer Abnahme der Intensität der Krankheit kommt. Eine wichtige Rolle bei der Einschränkung der vermutheten Lepraepidemie im Mittelalter kann daher den Leprosorien nicht zugesprochen werden. Da nun heutzutage die Lepra nur wenig verbreitet ist, so scheint es wohl wahrscheinlicher, dass dieselbe auch im Mittelalter keine weite Verbreitung gefunden hat, und es sich bei der erwähnten Volksseuche um eine resp. mehrere andere Krankheiten gehandelt hat. Was das behauptete Umsichgreifen der Lepra in der Neuzeit anbetrifft, so ist daran zu erinnern, dass die Zahl der zur Beobachtung gelangenden Krankheitsfälle stets um so grösser ist, je leichter und sicherer die Diagnose einer Krankheit gestellt werden kann. So z. B. ist die Zahl der jetzt diagnosticirten Fälle von Extrauteringravidität eine sehr grosse, trotzdem darf man nicht behaupten, dass diese Krankheitsfälle häufiger vorkommen als vor 20 Jahren, wo solche Diagnosen in äusserst seltenen Fällen gestellt wurden.

Herr Petersen. Aus der Lepraliteratur geht hervor, dass die Krankheit an Ausbreitung gewinnt. Auf eine sicherere Diagnosenstellung kann dies nicht bezogen werden. Derselben Meinung ist auch Münch.

Herr Kroug konnte 4 Jahre nach der statistischen Untersuchung Hellat's das Auftreten neuer Leprafälle in bestimmten von Hellat bereisten Ortschaften Livlands constatiren. Die Zahl der Kranken hatte um 16—20 Fälle in dieser Zeit zugenommen.

Herr Petersen. In den Leprosorien werden die Pat. keineswegs gegen ihren Willen eingesperrt. Der Aufenthalt zu Hause wird ihnen in dem Falle gestattet, falls sie in der Lage sind alle Maassregeln zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zu ergreifen. Das Riga'sche Leprosorium entlässt jeden Kranken auf seinen Wunsch, freilich werden dieselben häufig durch die administrativen Behörden in die Anstalt zurückgeschickt.

2. Herr Germann. Ein Fall von chronischer Neuralgie im Gebiete des I. Astes Nervi trigemini, veranlasst und unterhalten durch ein Empyem der Oberkieferhöhle. Der Fall täuschte Glaucom vor.

Der 43 J. a. Patient, Pharmaceut, jüdischer Nation, stellte sich Germann am 6. Juni 1893 vor. Das linke Auge war an Glaucoma simplex bis auf Fingerzählen in nächster Nähe und nach aussen, erblindet. Patient giebt an «Neurastheniker» zu sein. Obgleich rechtzeitig über sein Augenleiden aufgeklärt, habe er sich nicht zur Operation entschliessen können. Jetzt lebe er in der Furcht auch das rechte Auge sei bereits erkrankt, weil er durch häufige und heftige Schmerzen am rechten Auge wie der ganzen rechten Kopfseite beunruhigt werde. Auch glaube er mit dem rechten Auge schlechter zu sehen, und fühle er sich vollständig arbeitsunfähig. Patient gab ferner zu durch Lesen medicinischer Schriften über die Glaucomerkrankung des Auges, sich noch weiter aufgeregt zu haben. Die Untersuchung des rechten Auges ergab ein absolut negatives Resultat. Die Sehschärfe war $^{8}/_{10}$ mit — Cylinder 1,5 D. Patient verblieb bis zum 17. August 1893 unter Beobachtung, und brauchte gegen die Schmerzen Phenacetin sowie versuchsweise auf eigenen Vorschlag hin, Pilocarpin und späterhin Eserin in 1% Lösung. Der Zustand besserte sich jedoch nicht. Während der ganzen Zeit dieser Beobachtungsperiode konnten zu keiner Zeit irgend welche objectiven Glaucom-Symptome nachgewiesen werden. Patient consultirte auch Dr. Magawly. Derselbe schloss sich der Meinung Germann's an, dass die zur Zeit bestehenden Beschwerden jedenfalls nicht objectiv auf Glaucom des rechten Auges zurückzuführen seien.

Ende August reiste Patient ins Ausland. Da er in Wien consultiren wollte, war ihm eine Notitz über die in Petersburg bisher aufgenommenen Befunde mitgegeben worden. In Wien stellte sich der Patient dreien bekannten Augenärzten vor. Zwei derselben sprachen sich dahin aus, dass das rechte Auge wahrscheinlich über kurz oder lang an Glaucom erkranken würde, zur Zeit aber von einer Operation Abstand zu nehmen sei. Der dritte College stellte eine positive Diagnose, wollte aber auch nicht sogleich operiren, sondern behielt den Patienten bei Pilocarpingebrauch unter Beobachtung. Patient ging dann von Wien aus nach Oberita-

lien und fühlte sich dort relativ gut und frei. Anfang November 1893 kehrte er dann wiederum nach Wien zurück, hatte hier wiederum häufiger starke Schmerzen, stellte sich wiederum dem dritten Augenarzte vor. und dieser rieth nunmehr dringend zur Operation. Patient fügte sich, und wurde am 17. November 1893 in Wien auf beiden Augen iridectomirt. Patient hat Germann nicht zugeben können in Wien zu irgend einer Zeit schlechter gesehen zu haben als in Petersburg. Er entschloss sich aber zur Operation, weil er selber in der Furcht lebte, sein Leiden sei Glaucom und könne er auch auf dem rechten Auge erblinden. Sodann hoffte er durch die Operation dauernd von den Schmerzen befreit zu werden und dadurch seine Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen. Drittens war für ihn bestimmend der Rath der Wiener Autorität, sowie der objective Umstand dass sich bei den Gesichtsfeldmessungen eine Einengung hatte nachweisen lassen.

Die Operation hatte jedoch nicht den erhofften Erfolg. Gab es auch anfangs bessere Perioden, so kehrten die Schmerzen doch wiederum zurück und Patient blieb arbeitsunfähig «glaubt verrückt zu werden». Am 12. September 1894 nahm Germann folgenden Befund auf: rechts mit — 2 D. Sehschärfe ⁶/₁₀; links Fingerzählen nach aussen und in der Nähe. Objective Glaucomsymptome fehlen gänzlich auf dem rechten Auge. Patient ist sehr gedrückter und ängstlicher Stimmung, arbeitsunfähig, und wird von Schmerzen geplagt, welche in der rechten Stirn und Kopfhälfte, in der Umgebung des rechten Auges, sowie der rechten Gesichtshälfte ihren Sitz haben. Das rechte Auge ist auf Druck unempfindlich. Druck gegen den oberen Orbitalrand ruft aber erhöhte Schmerzempfindung hervor. Die Schmerzen beginnen früh Morgens im Bette zwischen 2 und 3 Uhr und dauern dann bis gegen 2 Uhr Nachmittags an — dann wird dem Patienten leichter. Pilocarpin ist das ganze verflossene Jahr hindurch in Pausen gebraucht worden, ebenso alle gegen Schmerzen üblichen Medicamente. Die dringende Anfrage des Patienten, ob nicht trotz der Iridectomie Glaucom vorhanden sei, verneinte Germann auch jetzt. Dieser Ansicht schloss sich Dr. Magawly ebenfalls an, und proponirte gegen die Neuralgie Electrisirungen zu versuchen. Auch diese waren ohne Erfolg. Germann hatte bei den Untersuchungen mit dem Augenspiegel bereits im Jahre 1893 bemerken müssen, dass der Patient einen stinkenden Athem von sich gab, diesem Umstande aber bisher keine Beachtung geschenkt. Patient wollte selber nichts vom Bestehen stinkenden Athem's wissen, behauptete sogar, selbst seine Frau hätte ihm niemals darüber eine Bemerkung gemacht, und war durch die Befragungen sichtlich unangenehm berührt. Indessen versprach er sich Dr. Lunin vorzustellen um eine Untersuchung der Nase vornehmen zu lassen. Patient gab gleichwohl Germann zu, dass er sich nach reichlichem Ausschnäutzen — besonders Morgens nach der Bettruhe — von den Kopfschmerzen erleichtert fühle.

Am 23. October stellte er sich Dr. Lunin vor, welcher sofort ein Empyem der rechten Oberkieferhöhle constatirte, und dem ungläubigen Patienten das Bestehen der Eiterung durch Ansaugen zweier Spritzen stinkenden Eiters bewies. Die Kieferhöhle wurde nach Extraction des ersten, cariösen, Backenzahnes durch die Alveole angebohrt. Patient gebrauchte Spülungen und das Empyem heilte bald aus. Zur Zeit ist Patient von allen Beschwerden befreit, ist wiederum arbeitsfähig und voll Dank für die endlich wirksame Hilfe.

Germann hebt hervor, dass von einigen Autoren bei bestehenden Empyemen der Nebenhöhlen der Nase ausser allgemein asthenopischen Beschwerden auch Gesichtsfeldeinschränkungen beobachtet sein wollen. Auch dieser Fall spricht dafür und hat jener Befund wohl hauptsächlich irre geleitet und die Iridectomie veranlasst. Wäre Patient in Petersburg verblieben, wahrscheinlich wäre ihm auch hier als ultimum Refugium die Iridectomie vorgeschlagen worden. Der Umstand, dass ein Auge von Glaucom bereits erblindet war, die stetigen Klagen des Patienten und dessen subjective Glaucomfurcht, konnten jeden Augenarzt auch trotz Fehlen sicherer objectiver Glaucomsymptome zur Iridectomie treiben.

Der Fall ist aber auch classisch dafür, wie wichtig es für jeden Arzt sein muss sich der Eiterungen in den Nebenhöhlen der Nase zu erinnern in allen Fällen von Kopfschmerzen und Neuralgien, die sich anders nicht erklären lassen. Bei Bestehen stinkender Exhalationsluft ist aber stets an Empyem einer Nebenhöhle der Nase zu denken!

Es kann ja auch einfach «Ozaena», Rhinitis atrophicans sicca — bestehen, ist aber in irgend einer der Nebenhöhlen Eiterung vorhanden, dann fehlt niemals der stinkende Athem.

Dass aber Neuralgien durch obige Empyeme hervorgerufen werden können, ist eine klinische Thatsache, welche bisher viel zu wenig Beachtung gefunden hat.

Secretär: W. Beckmann.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 16. November 1894.

1. Dr. Paul Klemm demonstrirte die Photographie eines Mannes, der 4 Wochen nach einer Schussverletzung des Rückens an Tetanus erkrankte.

Der Fall verdient insofern das grösste Interesse, weil derselbe mit localisirten Krämpfen an der Stelle der Verletzung begann. Diese Contraction blieb während des ganzen Verlaufes des Tetanus, der sich über ca. 4 Wochen erstreckte bestehen und nahm im tetanischen Krampf an Intensität zu, sodass der Pat. stark ausgesprochenen Opisthotonus darbot.

2. Dr. Heerwagen giebt einen detaillirten Bericht über die Entstehung und Ausbreitung der diesjährigen Choleraepidemie (Erscheint im Druck).

3. Dr. Bertels berichtet über 217 während der diesjährigen Choleraepidemie im Stadtkrankenhause zu Riga beobachteten Cholerafälle; davon sind gestorben 112 = 51,6 pCt. Für die Zuzählung zur Cholera ist nicht der bakteriologische Befund, sondern das klinische Bild maassgebend gewesen und zwar ist es als genügend für die Diagnose «Cholera» erachtet worden, wenn bei sonst gesunden Personen ohne nachweisbaren Diätfehler Durchfall und Erbrechen auftrat. Wenn nur solche Fälle mitgezählt werden sollen, bei welchen ausserdem charakteristische Erscheinungen aufgetreten sind, so fallen von den Genesenen 6 Fälle weg, die Mortalität beträgt dann 53,1 pCt.

Unter den klinischen Erscheinungen werden hervorgehoben die grosse Zahl blutiger Stühle im stad. algid.; sämmtliche 22 Patienten, bei welchen sie auftraten, starben. In 7 Fällen traten im stad. algid. ohne merkliche Veranlassung Temperatursteigerungen bis zu 39,9° auf (in der Axelhöhle gemessen).

In Bezug auf die secundären Krankheitsprocesse schliesst sich Dr. Bertels der Eintheilung Prof. Rumpfs in Hamburg an, welcher, abgesehen von Organerkrankungen unterscheidet: 1) das einfache Reactionsfieber, und 2) das stad. comatosum.

Das erstere trat in 14 Fällen, meist zwischen dem 8. und 10. Krankheitstage auf (vom Beginn des stad. algid. an gerechnet) und dauerte höchstens 5 Tage; das Allgemeinbefinden war fast garnicht gestört.

Das stad. comatosum wurde bei 34 gestorbenen und 47 genesenen Pat. beobachtet; es bot die mehr oder weniger ausgeprägten Erscheinungen der Urämie dar; nur fehlten Oedeme, während Convulsionen äusserst selten waren.

In 5 Fällen schwanden die Erscheinungen des stad. comatosum unter Ausbruch eines Exanthems, das die grösste Aehnlichkeit mit einem Erythema exsudativum multiforme hatte, und zwar wurden sämmtliche Unterarten desselben beobachtet (Erythema papulatum, annulare, gyratum, iris).

Die Therapie bestand in der Darreichung von Calomel (erst ein Mal 0,5, dann 2-stündl. 0,05). Excitantien (Campher per os und subc.) und in der Anwendung intravenöser Infusionen.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Vermischtes.

— Der Ober-Militär-Medicinalinspector Geheimrath Dr. Remmert, ist aus dem Auslande nach St. Petersburg zurückgekehrt.

— Der Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie, Fürst Tarchan-Mourawow ist von der kaukasischen medicinischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

— Wie verlautet, wird Prof. Fürst Tarchan Mourawow in nächster Zeit Vorlesungen über Physiologie auch an der St. Petersburger Universität halten.

— Wie der «Wratsch» erfährt, hat der Professor der Physiologie an der Moskauer Universität, Dr. J. M. Setschenow, die von seinen Verehrern und Schülern beabsichtigte Feier seines 35-jährigen Jubiläums abgelehnt, da 35 Jahre seiner wissenschaftlichen Thätigkeit bereits vor einiger Zeit abgelaufen sind, seine Lehrthätigkeit aber diesen Zeitraum noch nicht erreicht hat.

— Dr. Tepljaschin, welcher auf Kronskosten zur weiteren Vervollkommnung in der Augenheilkunde in's Ausland abcommandirt war, ist nach seiner Rückkehr als Privatdocent an der Universität Kasan mit einem Jahresgehalt von 1000 R. angestellt worden.

— Ernannt: Der ältere Ordinator am Kronstädter Marinehospital, Collegienrath, Dr. Liborius — zum Gehülfen des Medicinalinspectors des Kronstädter Hafens; der ausserordentliche Professor der Universität Kasan, Staatsrath Dr. Misslawski, zum ordentlichen Professor der Physiologie an der genannten Universität.

— Verstorben: 1) In Warschau der frühere Professor der dortigen therapeutischen Universitätsklinik, Geheimrath Dr. D. F. Ljambl, im 70. Lebensjahre an einem Herzleiden. Der Hingeschiedene war früher Professor an der Charkower Universität, von welcher er nach Warschau berufen wurde. In den letzten Jahren war L. pensionirt, hielt aber noch Vorlesungen an der Warschauer Universität. 2) In Singapore (Halbinsel Malakka) der Arzt der Freiwilligen Flotte Boris Rogoshin im 33. Lebensjahre. 3) In Paris der ehemalige Präsident der Pariser medicinischen Academie Dr. Jules Regnault. Der Verstorbene war früher Leiter der Pharmacie centrale und später Professor der Pharmakologie an der Pariser Universität.

— Zur Besetzung des Lehrstuhles der Chirurgie an der Universität Graz hat die dortige medicinische Facultät in Vorschlag gebracht: Primo loco Prof. Nicoladoni in Insbruck, secundo loco Prof. v. Hacker in Wien, tertio loco Prof. Hochenegg in Wien und Prof. Bayer in Prag. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Die Universität Giessen erhält in nächster Zeit eine psychiatrische Klinik und einen Lehrstuhl für Psychiatrie, für welchen der Privatdocent der Würzburger Universität Dr. Sommer in Aussicht genommen ist.

— Der berühmte Pariser Kliniker Dr. Dujardin Beaumetz, dessen Tod wir in der vorigen Nummer d. Wochenschrift meldeten, war Primararzt und Mitglied der Academie de médecine und des Obersten Sanitätsrathes; allein zum Professor hat er es nicht gebracht. Trotzdem schaarten sich zahlreiche Schüler um ihn, und seine freien Vorlesungen im Hopital Cochin waren besser besucht als die mancher seiner Collegen von der med. Facultät. In der Therapie hat er Schule gemacht und sein Dictionnaire de therapeutique, besonders aber die Leçons de clinique therapeutique» erfreuen sich allgemeiner Anerkennung. Er beschäftigte sich in letzter Zeit viel mit den Krankheiten der Verdauungsorgane. Aufsehen machte seiner Zeit seine Behandlung der Aneurysmen durch Electropunctur. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Jahresversammlung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Hilfe fand am 21. d. M. Abends im Sitzungssaale der Duma statt.

Nachdem der Vorsitzende des Directoriums Dr. Ebermann die Sitzung eröffnet hatte und Prof. Lukjanow zum Ehrenpräsidenten gewählt worden war, verlas der Secretär Dr. Petersen den Bericht über die Thätigkeit der Gesellschaft und ihrer Filialen, der Cassirer Dr. Trojanow den Rechenschaftsbericht über die Casse für das verflossene Jahr. Es folgten die Berichte der Revisionscommission und Commissionen in Sachen des Consumvereins der Gesellschaft der zu gründenden Sterbecasse und endlich in Sachen der unentgeltlichen und billigen Ambulanzen. Das lebhafteste Interesse erregte die letztere Frage; aus der sehr angeregten Discussion ging zunächst nur soviel hervor, dass es die Aufgabe der Gesellschaft sein wird, nicht etwa die wirklich nothwendigen und wohlthätigen unentgeltlichen und billigen Ambulanzen zu bekämpfen, sondern — im Interesse der Aerzte sowohl wie der wirklich bedürftigen Hilfesuchenden — dem groben Missbrauch zu steuern, welcher mit diesen Ambulanzen von Seiten des wohlhabenden Publicums, zum Nachtheil der Armen und wenig Bemittelten getrieben wird. Die von der Commission bisher gesammelten Daten sind einstweilen noch zu unvollständig um bestimmte Vorschläge in dieser Sache zu machen. Deshalb soll zunächst die begonnene Enquête in dieser Frage fortgesetzt werden, und ist es zu wünschen, dass möglichst vollständige Daten von allen in Frage kommenden Anstalten beschafft werden. Zum Schluss wurde, nach vorangegangener Zettelwahl zum Ballotement der Ehrenrichter und ihrer Substitute (Candidaten) geschritten. Gewählt wurden: zu Ehrenrichtern: Prof. Multanowsky, Prof. Lukjanow, Prof. Mershejewsky, zu Substituten: Dr. Kudrin und Dr. E. W. Pawlow.

— Am 17. Februar, als am 103. Geburtstage des grossen Naturforschers Carl Ernst v. Baer's hielt die Naturforschergesellschaft in Jurjew (Dorpat) eine Sitzung ab, welche dem Andenken des berühmten Gelehrten, der seine letzten Lebensjahre bekanntlich in Dorpat verbrachte, gewidmet war. Die Gedächtnissrede hielt der Präsident des Gesellschaft, Prof. Dr. Ed. Russow.

— Professor Dr. med. Nikolai v. Kleinenberg, der seit 1879 als Professor der Zoologie und Entwickelungsgeschichte an der Universität Messina wirkt, ist auf den entsprechenden Lehrstuhl der Universität Palermo berufen worden und hat den Ruf angenommen. Prof. v. Kleinenberg ist aus Kurland gebürtig und hat von 1861 bis 1867 in Dorpat Medicin studirt, worauf er seine Studien in Jena fortsetzte. Nachdem er i. J. 1871 dort zum Doctor medicinae promovirt worden, übernahm er die Leitung der zoologischen Station in Neapel, dann auf der Insel Ischia und erhielt 1879 die Professur in Messina.

— Für die militär-medicinische Academie wird eine neue Klinik erbaut, in welcher ausschliesslich Kranke mit acuten Infectionskrankheiten: Masern, Scharlach, Diphtherie und Pocken behandelt werden sollen. Der Bau der Klinik, welche 52 Betten haben wird, ist bereits in Angriff genommen.

— Die zum Unterhalt der wissenschaftlichen Cabinette und Laboratorien der militär-medicinischen Academie ausgesetzten Summen sollen bedeutend erhöht werden; auch zur Vervollständigung der Bibliothek sollen statt der bisherigen 6000 R. künftig 7500 R. jährlich abgelassen werden.

— Die Zahl der Militärärzte, welche der militär-medicinischen Academie behufs weiterer Vervollkommung gegenwärtig zucommandirt sind, beträgt 116.

— Zum Präsidenten der St. Petersburger (russischen) medicinischen Gesellschaft wurde in der am 14. Februar stattgehabten Generalversammlung an Stelle des Dr. Stolz der Ordinator am Obuchowhospital Dr. W. A. Wasten gewählt.

— Während des Januar Monats sind zwei grössere Feuerschäden in Hospitälern St. Petersburg's und Warschau's vorgekommen. Am 29. Januar brannte nämlich eine hölzerne Baracke des St. Panteleimonhospitals (bei der Station Udelnaja an der finländischen Eisenbahn), in welcher 30 Geisteskranke untergebracht waren, bis auf den Grund nieder. Die Kranken, welche sämmtlich zu den ruhigen gehörten, wurden unbeschädigt aus dem brennenden Gebäude herausgeführt. Der zweite Feuerschaden ereignete sich in der Universitäts-Frauenklinik in Warschau und lief glücklicher Weise ebenfalls ohne Menschenopfer ab, obschon die hölzerne Treppe, welche den einzigen Zugang zu dem Gebäude bildete, in Brand gerathen war. Es wurden sämmtliche 21 Frauen und 2 Neugeborenen unversehrt zum Theil herausgetragen, zum Theil von der Feuerwehr mittelst Rettungsapparate aus dem oberen Stockwerk herausbefördert.

— Die Choleraepidemie herrscht in Russland nach dem neuesten officiellen Bulletin noch in 4 Gouvernements, jedoch in mässigem Grade. Es sind die Gouvernements Wolhynien (vom 22. Jan. — 4. Februar 13 Erkrankungen und 8 Todesfälle), Podolien (v. 29. Jan. — 11. Februar 12 Erkr., 11 Todesf.), Kurland (v. 15. Jan. — 21. Jan. 6 Erkr., 2 Todesf.) und Tschernigow (vom 12. Jan. — 21. Febr. 2 Erkr., 2 Todesf.).

— Die Influenza ist seit einigen Wochen wieder in St. Petersburg aufgetreten und zwar diesmal, wie auch in anderen Grossstädten (New-York, Paris, London) mit ausgesprochen contagiösenem Charakter. Keine Gesellschaftsclasse und keine Altersclasse bleibt von ihr verschont. In vielen Familien werden fast alle Glieder derselben von der Epidemie ergriffen. Die Hospitäler sind überfüllt mit Kranken. Die Zahl der Todesfälle an croupöser Pneumonie erreichte in der Woche vom 5.—11. Februar die ganz enorme Ziffer 59.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburg betrug am 18. Februar d. J. 7184 (341 mehr als in d. Vorwoche), darunter 278 Typhus — (5 weniger), 846 Syphilis — (54 mehr), 152 Scharlach — (9 mehr), 44 Diphtherie — (4 mehr), 16 Masern — (5 mehr) und 14 Pockenkranke (3 mehr).

Vacanzen.

1) Im Rshew'schen Kreise (Gouv. Twer) werden zwei neue ärztliche Bezirke eingerichtet. Die Aerzte erhalten 900 Rbl. jährlich nebst freier Wonnung. Adresse: «Ржевская Земская Управа.»

2) Im Kreise Koselez (Gouv. Tschernigow) sollen an den fünf Ambulatorien in den Gemeindebezirken, welche bisher von 5 Feldschern geleitet werden, ebensoviele Aerzte angestellt werden, welche verpflichtet sind, den ambulanten Kranken, sowie den Kranken in den Häusern des Gemeindebezirks ärztliche Hülfe zu leisten. Gehalt 600 Rbl. jährlich. Adresse: «Козелецкая Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. Februar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
410	348	758	159	67	108	13	8	21	73	64	58	49	65	41	29	3

2) nach den Todesursachen:
— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 4, Scharlach 18, Diphtherie 19, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 43, Erysipelas 8, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 113, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 39, Krankheiten der Verdauungsorgane 61, Todtgeborene 20.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. Februar 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. März 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tennison, Большая Садовая, д. 9, кв. 36.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ, д 9, кв. 9.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д 5, кв. 18.
Sophie Jordan, В. О., 10 лин д. 11, кв. 9,
Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3. 16 л. д. № 17.
Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.
Amalie Born, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
Frau **Marie Kubern,** Мойка д. № 84, кв. 19.

Довв. ценз. Спб. 25 Февраля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 9 St. Petersburg, 4. (16.) März **1895**

Inhalt: A. v. zur Mühlen: Die Behandlung der complicirten Schädelbrüche. — Apping: Flexibilitas erea ossium intermittens spontanea. — Referate: Die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum. — Atherton: Cases of perforation of the stomach from ulcer, with successful operation. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Prof. Haab (Zürich): Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik. — W. Camerer: Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthums. — Protokolle des VI. Aeztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar. Vierte Fitzung. — Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1894. — Carl Ricker †. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Behandlung der complicirten Schädelbrüche.

Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar.

Von

Dr. med. A. v. zur Mühlen.

Assistent der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga.

M. H. Die Zeiten, in welchen complicirte Fracturen, und namentlich die des Schädels, ein Schreckgespenst für die ärztliche Welt bildeten, sind vorüber. Jeder Arzt, und namentlich die Collegen vom Lande, werden sich häufig in die Lage versetzt sehen, diesen Unglücklichen durch ihre Kunst das bedrohte Leben zu erhalten; und die schwersten Vorwürfe werden mit Recht denjenigen treffen, durch dessen Nachlässigkeit oder Unkenntniss ein Menschenleben vernichtet wurde, während der Verletzte durch sachkundige Behandlung vollständig hätte hergestellt werden können. Jeder Arzt ist verpflichtet, die Regeln der Asepsis und Antisepsis soweit zu beherrschen, um eine frischgesetzte Wunde kunstgerecht verbinden und behandeln zu können, — und mehr bedarf es bei weitaus den meisten complicirten Fracturen des Schädels nicht, um sie unter die günstigsten Bedingungen für eine prima intentio zu setzen. Eine specielle Domaine des Chirurgen bilden sie nicht, und falsch wäre es eine Entschuldigung gelten zu lassen, welche auf dieser Annahme fusst. Die Verletzung an und für sich ist in seltenen Fällen die directe Ursache des Todes, häufig aber erliegt der Patient einer sich secundär entwickelnden eitrigen Meningitis oder einem Hirnabscess. Begünstigt wird das Hinzutreten dieser Complication durch den Umstand, dass die Verletzungen so gut wie immer inficirt in sachkundige Behandlung kommen, sei es, dass die Hand eines Curpfuschers zum Schaden des Patienten in der Wunde herumgewühlt hat, sei es, dass schon bei dem Insult eine Verunreinigung erfolgte. Wenn es uns trotzdem gelingt, in weitaus den meisten Fällen eine Heilung der Verletzten zu erzielen, so soll uns dieser Erfolg veranlassen, in unseren Bemühungen nicht lässig zu werden, und unsere Therapie nach keiner Richtung hin zu verändern, es werde uns denn Besseres geboten.

Die Methode der Behandlung der complicirten Convexitätsbrüche, wie sie bei uns ausgeübt wird, ist in kurzen Zügen folgende: In jedem Falle wird der Kopf vollständig abrasirt, denn nur auf diese Weise ist eine exacte Reinigung der Wunde und ihrer Umgebung möglich. Die groben Verunreinigungen werden theils mit der Pincette, theils mit einem Gazebausch unter einem leichten Strahl einer 3 pCt. Borsäure oder 1 ‰ Sodalösung entfernt, und darauf das ganze Terrain mit Jodoformpuder bestreut. Ist die Galea in nur geringer Ausdehnung abgehoben, so wird Jodoformgaze locker darunter geführt; grössere Lappen werden durch einige Nähte fixirt, und an den tiefsten Stellen Incisionen behufs Drainage geführt. Nur wenn die Fractur ein operatives Vorgehen erheischt, ist eine Vergrösserung der Weichtheilwunde gestattet, sonst ist sie unter keinen Umständen gerechtfertigt. Von einem vollständigen Verschluss kleinerer Wunden durch die Naht, den E. v. Bergmann, König u. a. empfehlen, haben wir immer Abstand genommen. Bekanntlich haben die Weichtheilwunden des Schädels in Folge der ausserordentlich günstigen Gefässvertheilung eine grosse Neigung zur Heilung per primam intentionem. Unregelmässig gestaltete Wundränder, wie wir sie bei Quetschung und Zerreissung finden, gangränesciren in den seltensten Fällen. Wenn wir nun doch dem primären Verschluss entsagten, so geschah es aus dem Grunde, um Stagnation oder Zersetzung des sich etwa bildenden Secretes zu vermeiden.

In der chirurgischen Abtheilung des Stadtkrankenhauses zu Riga sind vom Jahre 1891 bis zum Mai 1895 25 complicirte Fracturen des Schädelgewölbes behandelt worden. Davon genasen 18, starben 6, — ein Pat. entzog sich zu früh der Behandlung — was eine Mortalität von 25 pCt. ergiebt. Rechnen wir jedoch einen moribund eingelieferten, und 4 welche bereits inficirt und hoch fiebernd auf die Abtheilung kamen, ab, so stellt sich

das Verhältniss wie 18:1, der Procentsatz der Verstorbenen beträgt nur noch 5.

Die Eintheilung der Schädelbrüche in solche, die durch Keilwirkung entstanden sind, in Biegungs- und Berstungsbrüche bietet ein mehr theoretisches Interesse. Die therapeutischen Maassnahmen des Arztes werden mehr von der Ausdehnung und Form der Fractur, sowie von den dieselben begleitenden Verletzungen der Weichtheile des Schädelinneren bestimmt. Aus dem Grunde ist es praktischer, eine Sonderung des Materials in:

1) Einfache Fissuren,
2) Depressionsbrüche,
3) grosse Splitterbrüche

vorzunehmen.

I. Einfache Fissuren.

Am einfachsten gestaltet sich die Behandlung derjenigen complicirten Schädelbrüche, wo nur eine resp. einige Fissuren von grösserer oder geringerer Ausdehnung vorliegen. Die Wunde wird desinficirt, verbunden, und man lässt den Verband 8—10 Tage, auch länger, ruhig liegen, in welcher Zeit die Wunde häufig geheilt ist. Eine Trepanation ist dann indicirt, wenn sich Symptome einer endocraniellen Blutung oder Eiterbildung einstellen. Der älteren Annahme gegenüber, dass bei allen Fissuren des Schädeldaches eine ausgedehnte Zertrümmerung der Tabula interna vorliege, und daher in jedem Falle behufs Entfernung der Splitter der Schädel zu eröffnen sei, hat sich in neuerer Zeit die in vollstem Umfange berechtigte Ueberzeugung Bahn gebrochen, dass diese Befürchtung meist unbegründet ist. Nur wenn die scharfen Fragmente das Gehirn reizen, sollen sie durch eine Trepanation eliminirt werden, sonst lasse man sie unberührt, da sie, wie es an zahlreichen Präparaten nachgewiesen ist, anstandslos wieder einheilen, auch wenn sie vollkommen aus jedem Zusammenhang gelöst waren, der Nekrose nie verfallen.

In den uns vorliegenden 7 Fällen wurde 4 mal ein glatter Heilungsverlauf erzielt, bei 3 musste eine Trepanation vorgenommen werden. Von diesen letzteren genas einer, an dem die Trepanation nach fast achtwöchentlichem gutem Heilungsverlaufe vorgenommen werden musste, und ein zwischen Knochen und intacter Dura liegendes eitrig zersetztes Hämatom freilegte. Auf diesen Fall komme ich später noch einmal zurück. Zwei Patienten starben, einer war bereits inficirt und fiebernd eingebracht worden, die Section ergab eine eitrige Meningitis, auf den anderen Fall, der nach mancher Richtung hin von Interesse ist, will ich näher eingehen:

Die 70-jährige F. M. war betrunken eine Treppe hinabgestürzt, und wurde vollkommen bewusstlos in's Krankenhaus gebracht. Nahe der Grenze des Os frontale gegen das linke Os parietale befand sich eine 3 Ctm. lange Quetschwunde, in welcher eine Fissur von vorn nach hinten verlief. Pupillen reagiren träge, Puls 100, Lähmungen nicht vorhanden. Pat. wurde verbunden und lag eine Woche, in welcher Zeit grosse Unruhe mit Benommenheit wechselte. Zugleich schien sie die linke Seite weniger zu bewegen. Bei der dann vorgenommenen Trepanation erwies sich die innere Tafel weiter fracturirt. Die Dura war unverletzt, eine Punction ergab etwas Blut. Von einem weiteren Eingriff wurde abgesehen und Pat. verbunden. Der Zustand verschlimmerte sich jedoch, es bildete sich eine vollständige Lähmung der linken Seite aus, und nach 4 Tagen trat der Exitus letalis ein. Die Section ergab im rechten Schläfenlappen und zwar ziemlich in der Mitte desselben gleich unter der Fossa Sylvii einen taubeneigrossen Blutherd, der in den Arachnoidalsack durchgebrochen war. Im vorderen Zipfel des rechten Schläfenlappens fand sich ein zweiter kleinerer Zertrümmerungsherd. In der linken vorderen und mittleren Schädelgrube war Blut, welches wahrscheinlich aus dem im Schläfenlappen befindlichen Erguss stammte.

Dieser Fall bietet ein Analogon zu den von Jakobson[1]) berichteten Fällen, bei welchen sich bei Verletzungen der einen Schädelhälfte Zertrümmerungsheerde auf der gegenüberliegenden Seite fanden, und zwar hauptsächlich auf der gegenüberliegenden Stirnhälfte sowie an der Unterfläche von Stirn- und Schläfenlappen.

Diese Fälle sind prognostisch ungünstig, weil die Symptomatologie so ungemein complicirt ist. Die allmählich auftretenden Ausfallserscheinungen liessen eine primäre Zertrümmerung des Hirnes in der Gegend der rechten psychomotorischen Zone nicht möglich erscheinen. Anderseits wiederum wies der Symptomencomplex auf eine successive Ausschaltung dieser Centren hin, wie diese jedoch zu Stande kam, konnte intra vitam nicht entschieden werden. Zwar kommen Zerreissungen der vis-à-vis gelegenen Meningea media vor, doch hätten dieselben Erscheinungen durch einen nach der Peripherie zu sich vergrössernden Zertrümmerungsheerd, oder durch eine subarachnoidale Blutung hervorgerufen werden können. Letztere verursacht nach König diffus ausgebreitete Lähmungen.

Wir haben den Fall daher von dem Gesichtspunkte aufzufassen, dass in Folge schwerer Verletzung der linken Schädelhälfte in dem gegenüberliegenden Schläfenlappen ein Zertrümmerungsheerd entstand. Ob durch das in der Umgebung des Heerdes sich ausbildende collaterale Oedem, oder ob durch den Durchbruch des Blutes in den Arachnoidalraum ein Druck auf die psychomotorischen Centren ausgeübt wurde, lässt sich nicht entscheiden. Gegen die Annahme, dass die Hämorrhagie eine apoplectische gewesen sei, spricht der Umstand, dass diese nur in seltenen Fällen an die Oberfläche des Hirnes durchbrechen[2]), während bei einem Contusionsheerd eine intrameningeale Blutung fast nie fehlt![3])

II. Depressionsfracturen.

Häufiger als bei Fissuren werden wir bei Fracturen mit Depression in die Lage kommen, operativ vorgehen zu müssen. Fragen wir die modernen Lehrbücher und Monographien um Rath, wo wir zu trepaniren haben, und wann wir es bleiben lassen sollen, so können wir obenan die Forderung E. v. Bergmann's stellen. «Dass eine beschränkte Depression ohne Splitterung nicht angerührt werden darf. Die Wunde wird wie eine einfache Knochenentblössung ohne irgendwelche Rücksicht auf die Fractur behandelt.» Doch haben wir im Auge zu behalten, dass fast alle Gewalten, welche das Schädelgewölbe in geringer Ausdehnung treffen, neben einer äusserlich unscheinbaren Depression eine hochgradige Splitterung der Interna bewerkstelligen. Trotzdem darf nur dann trepanirt werden, wenn die Erscheinungen dafür sprechen, dass das Gehirn in irgend welcher Beziehung insultirt wird, sei es, dass Splitter in dasselbe eingedrungen sind, sei es, dass sie die Hirnoberfläche reizen oder Gefässzerreissung herbeigeführt haben. Ferner ist eine Trepanation indicirt: wenn in den Spalten des Bruches Haare oder andere Fremdkörper eingeklemmt sind, ferner «wenn uns die Beschaffenheit der Knochenläsion für die Heilung ungünstig zu sein scheint, werden wir sie durch eine vortheilhaftere zu ersetzen suchen, welche die Nachbarschaft weniger gefährdet, und einen schnelleren Vollzug der reparativen Vorgänge begünstigt[4])». Endlich wird bei bereits eingetretener Infection der Wunsch die infectiösen Producte nach aussen hin abzuleiten eine Trepanation gerechtfertigt erscheinen lassen.

Scheinen nach dem soeben Angeführten die Indicationen für die Trepanation ziemlich eng umgrenzt und leicht zu befolgen, so wird man doch häufig in Verlegenheit sein, welchen Weg man einzuschlagen hat. Hier wird nun, um mich den Worten E. v. Bergmann's anzuschliessen, «die individuelle Einsicht, die man bald Erfahrung, bald Tact nennt,» entscheiden.

[1]) Berichte von Jakobson aus dem «Guys Hospitals Reports.» Citirt bei König 76.

[2]) Strümpel. Krankheiten des Nervensystems. Pag. 359.
[3]) König. Spec. Chirurgie. Pag. 32.
[4]) Bergmann. Die Lehre von den Kopfverletzungen. Pag. 175.

Diesen Ueberlegungen folgend. sind bei uns in den letzten Jahren 15 complicirte Fracturen mit eng umgrenzten Depressionen behandelt worden. Bei 6 wurde ohne jeglichen Eingriff Heilung erzielt, bei weiteren 6 musste trepanirt werden. Zwei, die bereits fiebernd einkamen, starben. einer am Tage darauf an purulenter Meningitis, eine Pat, über welche von Dr. Bergmann im vorigen Jahre genauer berichtet worden ist, an schubweise sich manifestirenden Hirnabscessen. Ein kleiner Pat. wurde von der Mutter weggebracht, doch war sein Zustand ein so desolater, dass an ein Aufkommen kaum zu denken war.

Wie schwierig in einzelnen Fällen die Stellungnahme für ein operatives Vorgehen ist, will ich durch 2 Beispiele illustriren.

Bei dem Pat P. mit einer Depressionsfractur des rechten Os parietale stellte sich nach einem fast 7 Wochen währenden reactionslosen Heilungsverlauf hohes Fieber (39,4) ein. Allerdings war der Weichtheillappen stark geschwellt und unter dem Lappen Eiter. Seitens des Gehirns lagen keine Reizerscheinungen vor, das Sensorium war vollkommen frei.

Ob in solchen Fällen eine Trepanation indicirt ist oder nicht, darüber liesse sich streiten, da man ja auch anzunehmen berechtigt ist, dass durch callöse Neubildung den Mikroorganismen der Weg ins Schädelinnere verlegt sein kann. Jedoch brauchen die Brüche des Schädels im Allgemeinen eine längere Zeit, ehe eine knöcherne Vereinigung eintritt, als etwa Fracturen an den Extremitäten. (Cf. Conradi: Nassauische med. Jahrbücher Heft 7 u. 8 und Boinet: Arch. générales 1837 citirt bei Bruns u. Bergmann). Hervorgerufen wird diese träge Consolidation theils durch die Unverrückbarkeit der Fragmente, theils ist sie die Folge der Abhebung von Dura und Periost durch Blutextravasat[5]). Aus dem Grunde schien die Trepanation indicirt zu sein. Sie ergab dunkle geronnene Blutmassen zwischen Dura und Knochen, aber keinen Eiter. Reactionslose Heilung.

Als Gegenstück will ich hier einen Fall anführen, wo bei einer einfachen Fissur nach einem fast 8-wöchentlichen ziemlich ungetrübten[6]) Heilungsverlauf über der in der reg. temp. sin. gelegenen complicirten Fractur Schwellung und Fluctuation auftraten, und die dort vorgenommene Trepanation ein zwischen Dura und Knochen gelegenes in der Mitte eitrig zersetztes Hämatom freilegte. Glatte Heilung.

Mir scheint demnach, dass die Eröffnung der Schädelhöhle in ähnlichen Fällen nicht nur erlaubt, sondern geboten ist.

Eine Entfernung eines oder mehrerer deprimirter Fragmente aus dem Grunde, weil die Depression zu einer Raumbeschränkung im Schädelinneren und dadurch zu Hirndruck führen könnte, entbehrt, wie in neuerer Zeit nachgewiesen ist, jeder Begründung. Symptome des Hirndruckes, welche gleich nach der Verletzung auftreten, und daher auf diese zu beziehen sind, gleichen sich allmählich wieder aus, während langsam sich einstellende Druckerscheinungen auf durch Gefässverletzung bedingte Blutung zu beziehen sind. Nach Bruns war eine Trepanation resp. Elevation indicirt, wenn die Tiefe der Depression $^1/_4$ Zoll betrug, dagegen berichtet Bergmann[7]) über Fälle, wo Eindrücke von 6—8 Ctm. im Quadrat und 1—2 Ctm. Tiefe ohne eine Spur von Raumbeschränkung ertragen wurden. Auch die Furcht, dass die fortbestehende Depression als solche leicht die Veranlassung zu einer später eintretenden Epilepsie sein könnte, vermag die Beseitigung derselben nicht zu rechtfertigen. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen, welche aus der Verletzung resultiren, und mitunter epileptiforme Anfälle auszulösen im Stande sind, können sehr mannigfaltige sein, und ist hier nicht der Ort, näher auf dieselben einzugehen. Es möge der Hinweis genügen, dass sich Epilepsie nach Monaten oder Jahren einstellte, auch wenn die deprimirten Fragmente prophylactisch entfernt waren.

[5]) Bergmann pag. 136.
[6]) Im Krankenbogen finde ich nur notirt, dass das Sensorium zu Zeiten leicht getrübt war. Temperatur und Puls immer normal.
[7]) Bergmann, l. c. 166.

III. Grössere Splitterbrüche.

Die grösseren Stück- und Splitterbrüche, deren Entstehen auf eine breitangreifende Gewalteinwirkung zurückzuführen ist, sind häufig mit so ausgedehnten Hirnzertrümmerungen combinirt, dass an ein Fortbestehen des Lebens nicht mehr zu denken ist. In solchen Fällen kommen irgendwelche operative Maassnahmen garnicht in Betracht. Es hat keinen Zweck, Splitter und Fragmente zu entfernen, wo deren Entfernung doch nichts mehr nützen kann.

Anders jedoch gestaltet sich der Fall, wo bei ausgedehnter Zertrümmerung des Schädeldaches das Schädelinnere, abgesehen von der mehr weniger hochgradigen Commotion, geringen oder gar keinen Schaden erlitten hat, da kann durch rechtzeitiges sachkundiges Eingreifen vollständige Heilung erzielt werden. Wir sind in der Lage über 2 derartige glücklich verlaufene Fälle berichten zu können. Die Fälle sind von Interesse, behufs Entscheidung der Frage, ob man die Fragmente gleich entfernen soll, oder sie, um den durch ihre Entfernung resultirenden grossen Defect zu vermeiden, auf die Hoffnung hin, dass sie vielleicht wieder einheilen, soweit wie irgend möglich in situ lässt. Bekanntlich heilen die Fragmente bei uncomplicirten Fracturen in der Regel wieder ein, und die Frage liegt nahe, ob wir nicht durch Desinficiren der Wunde und den aseptischen Occlusionsverband dasselbe erreichen können. Das ist aber entschieden nicht der Fall. Die unbedingte Voraussetzung für die Einheilung der gelösten Fragmente ist das Fernhalten von Eiterung und diese Voraussetzung mit Bestimmtheit erfüllen zu können, sind wir, in Anbetracht der Sachlage nicht im Stande. A priori erscheint es daher sicherer, wenn wir durch Entfernung der Fragmente die Wundverhältnisse einfacher gestalten, und dadurch den Heilungsverlauf günstig beeinflussen. Auf Vorschläge und Berichte, welche in neuerer Zeit gemacht worden sind, und die durch temporäre Entfernung der Fragmente den Anforderungen der Antisepsis mehr glauben genügen zu können, will ich später zurückkommen. Als Beleg für meine eben ausgeführte Ansicht will ich 2 Fälle kurz referiren.

In dem einen handelt es sich um einen 10-jährigen Knaben, der in einem Stall bewusstlos unter einem Pferde liegend gefunden wurde. Pat. befand sich als er auf die Abtheilung gebracht wurde, in einem vollkommen comatösen Zustande, Puls arythmisch, klein, Pupillen reagirten träge, Lähmungen waren nicht vorhanden. Ueber dem linken Ohre verlief schräg nach hinten oben eine Risswunde von mehr als 15 Ctm. Länge die durch eingetrocknetes Blut, Haare und Fremdkörper verunreinigt war. Die sofort vorgenommene Operation ergab eine Splitterung der Schädelkapsel über dem linken Ohre von etwa Handflächengrösse. Zum Ohr verlief eine $^1/_2$ Ctm. weit klaffende Fissur, eine zweite zum oberen Winkel des Os occipitale, wo ein kleines Knochenstück tief gegen das Hirn vorgetrieben war. Der äussere Rand der Fissur war unter den inneren verschoben. Ich entfernte alle Fragmente, elevirte nach Abmeisselung des vorspringenden Randes die äussere Platte, vernähte die während der Operation gesetzten Schnitte und tamponirte mit Jodoformgaze. Der Puls, der während der Operation, die ohne Narkose gemacht wurde, fast unfühlbar und sehr frequent geworden war, wurde nach subcutaner Application von Campher besser. Im Laufe einiger Stunden erholte Pat. sich sichtlich, am Abend sprach er bereits, war vollkommen orientirt, nur über seinen Unfall konnte er nichts aussagen, und ist dieser Erinnerungsdefect auch geblieben. Als nach 2 Tagen der Verband gewechselt wurde, war die Wunde vollkommen reactionslos. Sie schloss sich ohne eine Spur von Eiterung und nach 7 Wochen konnte Pat. geheilt entlassen werden.

In dem anderen Falle, der eine 52-jährige Frau betraf, die im Schlafe von ihrem Manne mit einem Hammer auf den Kopf geschlagen war, handelte es sich um einen Splitterbruch, der ebenfalls gleich über und hinter dem linken Ohre gelegen, von etwas geringerer Ausdehnung als der vorige war. Die sehr zahlreichen Fragmente waren untereinander im Zusammenhang, und etwas unter die sonst keine Fissuren zeigende Schädelkapsel dislocirt. Der ganze Bruch machte den Eindruck einer ausgedehnten Depressionsfractur und zwar näherte er sich der Form, welche man als die peripherische bezeichnet. Ich entfernte nur das hinterste Fragment, und konnte nach Abmeisselung der

Ränder die übrigen in toto leicht eleviren. Trotz sorgfältig durchgeführter Antisepsis stellte sich eine Eiterung ein; die Hoffnung, dass vielleicht die Sequester spontan durch die Fisteln ausgestossen würden, erfüllte sich nicht und so musste nach etwa 10 Wochen die operative Entfernung der Fragmente vorgenommen werden, die sich fast alle als lebensunfähig erwiesen. An die Operation schloss sich eine reactionslose Heilung, der entstandene Defect betrug in der horizontal gelegenen Längsrichtung 11, im Breitendurchmesser 9 Ctm.

In diesem Falle war die Annahme, dass der Heilungsverlauf durch keine Eiterung gestört werden und dadurch die Bedingung für ein reactionsloses Einheilen der Fragmente erfüllt würde, durchaus berechtigt. Die Weichtheilwunde war relativ klein (8 Ctm.). Die Wunde selbst erschien nicht verunreinigt, Pat. kam gleich nach der Verletzung auf die Abtheilung. Durch eine Secundäroperation musste der Zustand geschaffen werden, den man wohl schon bei dem ersten Eingriff durch Entfernung der Splitter hätte erreichen können, nämlich ein aseptischer Wundverlauf. Ein so ausgedehnter Splitterbruch lässt sich nicht exact desinficiren.

Der Defect, welcher durch diese ausgiebige Entfernung der aus ihrem Zusammenhang getrennten Fragmente gesetzt wird, kann, wie wir gesehen haben, unter Umständen ein sehr grosser sein. Und wenn auch die Gefahren, welche eine langdauernde Eiterung für das Gehirn involvirt, vollauf berücksichtigt werden müssen, so können doch anderseits die Unbequemlichkeiten und Gefährdungen, denen ein mit solch' einem Substanzverlust des Schädeldaches behafteter Mensch in der Ausübung seines Berufes ausgesetzt ist, nicht unberücksichtigt bleiben.

Das Bestreben der Chirurgen ist daher in den letzten Jahren darauf gerichtet gewesen, diesem Uebelstande abzuhelfen, und es sind verschiedene Verfahren empfohlen worden, um den Defect zu decken, so die Heteroplastik, welche als Material Celluloid (A. Fränkel) Elfenbeinplatten oder decalcinirte Knochen (Senn) einer anderen Thierspecies empfiehlt, die Homoplastik, die Knochen von Individuen derselben Species nimmt (Mac Ewen, Ollier) und die Autoplastik. Für die traumatisch entstandenen Schädeldefecte kommt eigentlich nur die Autoplastik in Betracht, und kann eine Deckung nach der Methode Müller-König oder durch die von Mac Ewen zuerst angewandte Implantation der temporär entfernten Fragmente erreicht werden.

Nach Müller-König wird ein Hautperiost-Lappen, der etwas grösser als der Defect ist, bis auf einen dünnen Stiel umschnitten, und nach gehöriger Retraction der Weichtheile nur die Tabula externa in dünner Schicht abgemeisselt. Nachdem die den Defect deckende Narbe gleichfalls bis auf einen dünnen Stiel umschnitten und vorsichtig von der Dura abpräparirt ist, werden beide Lappen vertauscht, und durch Nähte fixirt. Der dadurch erlangte knöcherne Verschluss ist vollkommen genügend. König hat auf die Weise einen 8 Ctm. langen und 5 Ctm. breiten, Schönborn einen 14 Ctm. langen und 4 Ctm. breiten, Körte einen 8 Ctm. langen und 4 Ctm. breiten Defect gedeckt.

Wenn somit diese Erfolge zur Nachahmung auffordern, so kann man doch durch den Unverstand der Pat., welche sich einer Operation nicht unterziehen wollen, daran verhindert werden.

Rechnen wir mit diesem Umstande, so ist es zu verstehen, dass die Implantation als das einfachere Verfahren die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen beginnt. Von v. Braman, Justo u. A. wird über solche glücklich verlaufene Einheilungen berichtet. Aus dem letzten Jahre liegt eine sehr lesenswerthe Arbeit von Brentano[5]) vor, in welcher die günstigen Erfolge der Implantation an der Hand von 5 ausführlich wiedergegebenen Krankengeschichten mitgetheilt werden. Zugleich schildert er genauer das von ihm auf der Abtheilung des Herrn Körte geübte Verfahren.

Die vom Periost abgelösten Fragmente werden in einer Sublimatlösung von 1 : 1000,0 durch Abreiben mit den Händen gereinigt, und in warmer 0,75 pCt. Kochsalzlösung bis zu ihrer Wiedereinlegung aufbewahrt. Verunreinigungen, welche sich auf diese Weise nicht entfernen lassen, sollen mit der Zange abgekniffen werden. Besondere Sorgfalt soll auf die Blutstillung verwandt werden: stehen die Blutungen aus der Diploe auf vorübergehende Tamponade nicht, so soll der Paquelin angewandt werden. Dura- und Hirnwunden wurden nach allgemein üblichen Regeln versorgt. Ausserdem hebt Brentano hervor, dass es nach ihren Erfahrungen gleichgültig sei, ob die Knochenstücke jedesmal der ganzen Dicke der Schädeldecke, oder nur der Tab. externa oder interna allein angehören. Auch die Grösse sei nicht von Belang, indem Stücke von 1—2 Ctm. Breite und Meisselspähne einheilen.

Unerlässlich jedoch, meint Brentano, sei das Fernhalten von Eiterung, und dieses ist, meiner Meinung nach, der einzige wunde Punkt der sonst so bestechenden therapeutischen Maassnahme. Ich gebe zu, dass eine bedeutend exactere Desinfection des Operationsterrains sowie der Fragmente durch ihre provisorische Entfernung möglich ist, jedoch wie die Sachen einmal liegen, auf Eiterung müssen wir uns immer gefasst machen.

Immerhin ist die Methode beachtenswerth und fordert zur Nachahmung auf. Weitere Publicationen werden ergeben, ob ihr das Bürgerrecht in der Chirurgie zuzugestehen ist, oder nicht.

[5]) Ueber traumatische Schädeldefecte und ihre Deckung. Deutsche med. Wochenschrift, 1894. Heft 17, 18 und 20.

Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea.

Von

Dr. Apping.

Vorgetragen auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wolmar.

Ich erlaube mir Ihnen hier einen seltenen Fall einer Knochenerkrankung vorzustellen, die man nach den einzelnen Symptomen als Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea bezeichnen könnte, und die sich dadurch charakterisirt, dass abwechselnd der Ober- und die Unterschenkelknochen der einen oder andern Extremität plötzlich im Laufe weniger Stunden unter heftigen Schmerzen ohne nachweisbare Ursache erweichen, so dass man sie gleichsam wie Wachs biegen kann um alsdann im Verlauf von 3—4 Wochen wieder zu erhärten.

Der einzelne Anfall tritt, wie gesagt, plötzlich und ohne Vorboten auf, wobei das Kind in der Nacht mit einem Schrei aufwacht, und am Tage, wenn es steht oder geht, ohne äussere Ursache hinfällt und über heftigen Schmerz in dem afficirten Körpertheil klagt, welcher alsdann in 2—3 Stunden ohne Temperatursteigerung aufschwillt. Die heftigen Schmerzen dauern 2—3 Tage und in dieser Zeit lässt sich nun bei der Untersuchung eine mehr oder weniger ausgeprägte Biegsamkeit der befallenen Knochen, welche namentlich an den beiden Unterschenkeln deutlich zu fühlen ist, constatiren. Vom 3. resp. 4. Tage an empfindet Patientin Schmerz nur bei Berührung und Druck auf den erkrankten Knochen, während bei ganz ruhiger Lage sie schmerzfrei ist. Um diese Zeit wird auch der Knochen beim Liegen weniger nachgiebig, um unter allmählichem Aufhören der Schmerzen im Verlauf von 3—4 Wochen die Consistenz eines normalen Knochens anzunehmen, wobei, wenn die Lagerung der erkrankten Extremität eine ungünstige war eine Difformität zurückbleibt. Zu bemerken ist, dass in dem letzten Jahr auch in der Zwischenzeit die Knochen der Unterschenkel sich seitwärts etwas biegen lassen.

Die Untersuchung der andern Organe hat, so oft sie vorgenommen wurde, mit Ausnahme einiger rhachitischen Symptome geringen Grades, stets ein negatives Resultat ergeben. Es lässt sich keine Temperatursteigerung constatiren und auch nicht Eiweiss im Urin nachweisen. Die Krankengeschichte der Patientin ist kurz folgende:

Dora Diemant, 5¾ Jahre alt, ist die Tochter gesunder jüdischer Eltern, ihre 2 älteren Brüder sind am typhösen Scharlach gestorben; von ihren 4 jüngeren noch lebenden Geschwistern ist der eine Bruder Idiot, während eine Schwester und 2 Brüder gesund sind. Ausser der erwähnten Erkrankung ist

Patientin mit Ausnahme eines katarrhalischen Icterus stets gesund gewesen.

Der erste Anfall erfolgte, als Patientin 6 Wochen alt war, und wurde damals der rechte Oberschenkel in der oben beschriebenen Weise afficirt, worauf eine Pause von 3 Monaten eintrat, bis der linke Oberschenkel erkrankte. Dann vergingen 1¼ Jahr, in welcher Zeit Patientin keinerlei auffallende Krankheitssymptome aufwies, äusserlich einen gesunden Eindruck darbot und umherging. Ausser den erwähnten 3 Anfällen sind bis jetzt noch 11 erfolgt und zwar wurden befallen: der rechte Oberschenkel 5 Mal, der linke 3 Mal, der rechte und linke Oberschenkel je 3 Mal. Die Pausen zwischen den einzelnen Anfällen betrugen 2—6 Monate.

Die Behandlung von Seiten verschiedener Aerzte hat bis jezt keinen wirklichen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit gehabt, da der letzte Anfall sich noch vor 2 Monaten einstellte und bestand die Therapie in Verordnung von Phosphor, Kalkwasser, Leberthran, Jodkali und Salzbädern.

Von der Lösung:

Phosphor 0,01
Ol. Jec. Aselli 10,0

hat Patientin 10 Tropfen 3 × täglich circa 1½ Jahren gebraucht.

Ferner wurde, um einer Verkrümmung der Knochen nach Möglichkeit vorzubeugen, selbstverständlich auf eine richtige Lagerung resp. Bandagirung des erkrankten Knochens geachtet und wenn trotzdem ziemlich bedeutende Difformitäten eingetreten sind, welche Patientin sogar am Gehen verhindern, so ist es dem Umstande zuzuschreiben, dass Patientin nicht einer Hospitalbehandlung unterzogen werden konnte, die socialen und hygieinischen Verhältnisse unzureichende waren und oft die ärztliche Hülfe zu spät in Anspruch genommen wurde. Ausserdem ist noch zu bemerken, dass der Knochen nicht immer in seiner ganzen Länge gleichmässig erweicht und eine entstandene Difformität bei der darauffolgenden Erweichung sich nicht ohne Weiteres ausgleichen lässt.

Was nun den Status präsens anlangt, so sehen Sie hier ein Kind mit bleicher Gesichtsfarbe, ziemlich schlechter Ernährung und etwas rhachitischem Habitus. Während bei der Untersuchung der einzelnen Organe sich nichts Abnormes nachweisen lässt, so bemerken Sie gleich eine ziemlich starke Difformität der langen Röhrenknochen der unteren Extremitäten und zwar ist der linke Oberschenkelknochen um circa 100° nach vorn und aussen verkrümmt, der rechte Oberschenkel stumpfwinkelig nach aussen gebogen. Der rechte Unterschenkel erscheint ungefähr in der Mitte um 130° nach vorne gekrümmt der linke dagegen nur um circa 160°. Die Winkel sind nach hinten offen. Die beiden Unterschenkelknochen sind in der Richtung von innen nach aussen etwas biegsam.

Referate

Die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

Die Serumtherapie der Diphtherie steht augenblicklich im Vordergrunde des Interesses, doch liegt ein definitives Ergebniss noch nicht vor. Von neueren Publicationen seien folgende erwähnt: Wiederhofer (Sitzung der K. K. Gesellschaft der Aerzte 1894. Dec. Deutsch. medic. Wochenschr. Nr. 2, 1895) berichtet über Beobachtungen bei 100 mit Behrings Heilserum behandelten Kindern. Um ein Urtheil über die Methode zu erlangen, wurden nur schwere und schwerste Fälle behandelt. Das Mortalitätsprocent betrug 24,3 pCt. Die unmittelbare Wirkung der Injectionen macht sich etwa nach 12 Stunden geltend, indem die anfänglich gelblichen Exsudatmassen weiss werden, eine entschiedene Milchfärbung annehmen und eine Aufrollung und Abstossung des Exsudates beginnt; bei den Mischformen stellt sich eine mehr schmierige, breiige Umwandlung der Exsudatmassen ein. An dem der ersten Injection folgenden Tage findet man in der Regel eine Abschwellung der vergrösserten Drüsen und des Halsoedems. Ausgenommen die septischen Fälle constatirte Wiederhofer spätestens 48 Stunden nach der ersten Injection eine geradezu überraschende Besserung des Allgemeinbefindens; die Frequenz des Pulses wird herabgedrückt, er wird voll und kräftig. Ein Einfluss der Injectionen auf die Temperatur konnte nur ausnahmsweise beobachtet werden; auch postdiphtheritische Lähmungen kamen in gleicher Weise wie früher vor. Bezüglich der anzuwendenden Dosis wurden die Fälle mit Rücksicht auf ihre Prognose in 4 Kategorien eingetheilt, und zwar 1) leichte (22, davon starben 2) II schwere 36 (davon 5 +) III Fälle mit ungewissem Ausgang (26 davon 6 +) und IV Fälle mit aller Wahrscheinlichkeit nach letalem Verlauf (16 davon 10 +). In den Fällen der beiden ersten Kategorien wurde Behring's Nr. I injicirt, nach 12–24 Stunden und eventuell noch ein drittes Mal wiederholt; eine einzige Injection genügte selten; in schweren Fällen wurde Nr. II und III injicirt. Wiederhofer ist der Meinung, dass die Behring'sche Heilmethode alle anderen bis jetzt angewandten Behandlungsmethoden an Wirksamkeit übertrifft, er sah Fälle genesen, von denen vor der Serumtherapie nur höchst selten einer durchkam. Aus der Olga-Heilanstalt in Stuttgart berichtet Professor Siegel (Centralbl. für die ges. Therapie I 1895) über 12 von ihm mit Behring's Serum behandelten Fällen von Diphtherie. Er bezeichnet den Einfluss auf das Allgemeinbefinden als wunderbar, insbesondere bei den Tracheotomirten. Die Membranen werden rascher abgestossen und herausbefördert. Börger (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 48. 1894) spritzte 30 Kindern Behring'sches Serum ein, ohne schädliche Wirkungen zu sehen. Einige Tage nach der Injection trat eine locale Urticaria auf, einmal sogar ein masernähnliches Exanthem. Von den 30 Kindern starben 2, wovon das eine moribund eingeliefert wurde, das andere tracheotomirt war und ausserdem noch eine fibrinöse Pneumonie hatte. Die Serumbehandlung fiel in eine Zeit, wo die Diphtherie in Greifswald erfahrungsgemäss mild auftritt. Günstige Wirkungen entfaltete das Serum sowohl auf den localen Process, als auch auf das Allgemeinbefinden. Die Entfieberung trat nach 3—4 Tagen ein. — Im städtischen Krankenhaus Moabit zu Berlin behandelte Sonnenburg (Deutsche medic. Wochenschrift Nr. 50) 107 Kinder mit dem Behring'schen Serum, von diesen wurden 85 (= 79.4 pCt.) geheilt, darunter befanden sich 34 Tracheotomirte mit 26 (=76.5 pCt.) Heilungen. Die günstige Beeinflussung auch schwerer Fälle war nach S. unverkennbar. Von 16 prophylaktisch behandelten Kindern erkrankten 2, wovon das eine jedenfalls zur Zeit der Einspritzung bereits angesteckt war. Aus dem Institute für Infectionskrankheiten berichtet Kossel über weitere Erfahrungen (Deutsche medicin. Wochenschr. Nr. 51 1894). In keinem Falle konnte ein dauernder Nachtheil festgestellt werden. K. behandelte vom 15. März bis 1. December 1894 117 Kinder mit Serum, von denen starben 13 (=11,1 pCt.) Am grössten war die Heilungsziffer bei den in den ersten 3 Krankheitstagen Eingelieferten. Auch das Alter bis zum 2. Lebensjahre gab auffallend gute Resultate. War der Kehlkopf bis zum Eintritt der Serumbehandlung frei, so wurde er in der Folge niemals ergriffen. Bei den frühzeitig Behandelten fiel die Temperatur nach der Einspritzung rasch ab; auch die Abstossung der Membranen schien K. durch das Serum begünstigt zu werden, namentlich bemerkenswerth sei die scharfe Abgrenzung der Membranen im Gesunden. Schädigende Wirkung des Serums auf die Nieren stellt K. gänzlich in Abrede. Lähmungen beobachtete er in 19 Fällen, Störungen der Herzthätigkeit in 5 (3 Todesfälle). Was die Dosirung anlangt, so wurden in ganz frischen Fällen 600 I. E., bei zweifelhafter Prognose sofort 1000 I. E. und bei verschleppter Krankheit mindestens 1500 eingespritzt. K. schliesst mit der Bemerkung, «dass man nicht erwarten kann, jeden Fall von Diphtherie mit Serum zu heilen, dass es aber bei frischen, uncomplicirten Fällen von Rachendiphtherie gelingen muss, durch eine genügende Dosis Heilung zu erzielen. Auch bei der Behandlung der späteren Stadien der Krankheit ist die Prognose bedeutend besser, als ohne Serumbehandlung». — Auch von vielen anderen Beobachtern werden günstige Resultate bei Anwendung des Behringschen und des Aronson'schen Serums hervorgehoben. Daneben werden aber auch Stimmen laut, die sich sehr reservirt gegenüber der neuen Behandlungsmethode aussprechen. Mendel (Berliner klin Wochenschr. Nr. 48. 1894.) weist darauf hin, dass die Einverleibung fremdartigen Blutserums nicht gleichgültig sei, da das heterogene Serum die Blutzellen auflöst und auf diese Weise Haemorrhagien hervorrufen kann. So beobachtete M. bei einem an leichter Diphtherie erkrankten Knaben nach Einspritzung der schwächsten Heilloosis profuses Nasenbluten; in einem Falle trat sogar ein haemorrhagischer Ausschlag auf. Andere Autoren, wie z. B. Lublinski, Scholz berichten über ziemlich ausgebreitete Exantheme, die sich einige Zeit nach der Injection einstellten. Treymann (Deutsche med. Wochenschr. Nr. 51. 1894) beschreibt einen Fall von acuter haemorrhagischer Nephritis nach Anwendung des Diphtherieheilserum. Als entschiedener Gegner der Heilserumbehandlung tritt Hansemann auf (Berliner klin. Wochenschr. Nr. 50); er hebt folgende Punkte hervor 1) Es liegen keine wissenschaftlichen, theoretischen oder experimentellen Gründe vor, das sog. Diphtherie-Heilserum als specifisches Heilmittel gegen Diphtherie beim Menschen anzunehmen. 2) Ein Beweis der specifischen Heilkraft des Serums beim Menschen ist bisher durch praktische Erfahrungen noch nicht erbracht und 3) das Heilmittel kann unter Umständen auch schädlich wirken, denn es übt einen zersetzenden Einfluss auf das Blut und wirkt schädlich auf die Nieren. Auch Kassowitz zweifelt an der Wirksamkeit des Diphtherieserums. In einem längeren Vortrage (wie steht es mit der Serumbehandlung der Diphtherie? Wien 1895 Verlag von Moritz Perles) unterwirft er die Behring'schen Thierexperimente und die zahlreichen Publicationen von Autoren, die sich als Bewunderer der neuen Behandlungsmethode erklärt haben, einer strengen Kritik und formulirt seine Ansicht in folgenden Schlusssätzen. 1) zahlreiche, mit den kleineren und grösseren Immunisirungsdosen von Behring präventiv behandelte Kinder sind innerhalb der nächsten Wochen an Diphtheritis erkrankt und einzelne derselben sind ihrer Krankheit erlegen. Dagegen besitzen

wir keinen einzigen wissenschaftlich verwerthbaren Beweis **dafür, dass jemals durch die präventive Immunisirung die Erkrankung eines Menschen an Diphtherie verhindert worden wäre.** 2) Kinder, welche bei einer ersten Erkrankung mit grossen Dosen von Heilserum behandelt wurden, sind einige Wochen später neuerdings an Diphtherie erkrankt; sie waren also weder durch ihre Krankheit, noch durch die grössten, bis jetzt angewendeten Dosen des Antitoxins immun gemacht worden. 3) In zahlreichen Fällen sind Kinder, die am ersten oder zweiten Tage der Erkrankung mit ausreichenden Dosen des Heilserums behandelt wurden, ihrer Krankheit erlegen. 4) Es ist sicher, dass ein grosser Theil der trotz der Serumbehandlung an Diphtherie Verstorbenen nicht an den Folgen einer Mischinfection, sondern direct durch die specifische Wirkung des Diphtherie-Erregers getödtet worden sind. 5) Herzparalysen und andere postdiphtheritische Lähmungen sind auch bei früh und ausreichend mit Serum behandelten Kindern in grösserer Anzahl beobachtet worden und wir besitzen keinen Anhaltspunkt für die Annahme, dass diese specifischen Folgen der Diphtherie-Intoxication bei den mit Serum Behandelten seltener oder schwächer aufgetreten sind. 6) Von einem kritischen Fieberabfalle in den ersten 24 Stunden und von einer antipyretischen Wirkung des Serums haben die meisten Beobachter nichts entdecken können, auch liess sich nicht ein Einfluss des Serums auf die Abstossung der Membranen constatiren. Gegenüber der Behauptung vieler Autoren, wie Kossel, Baginsky, Körte, Bokas u. A., dass sich während der Serumbehandlung eine Herabsetzung der procentualen Mortalitätsziffern in den Hospitälern constatiren liesse, macht Kassowitz geltend, dass in der Periode «des allgemeinen Serumenthusiasmus» die Verhältnisse bezüglich der Aufnahme von Diphtheriekranken in die Krankenhäuser sich geändert haben, es wurden Fälle leichter und leichtester Art in die Spitäler gebracht, die vor der Serumbehandlung wohl selten zur Aufnahme gelangten. Kassowitz betont den Ausspruch von Gottstein, dass an der allgemeinen Diphtheriemortalität in Berlin (aus officiellen Daten berechnet) die Serumbehandlung spurlos vorübergegangen sei. Auch für Wien lässt Kassowitz denselben Ausspruch gelten, indem er die statistischen Zahlen anführt. Abelmann.

Atherton: Cases of perforation of the stomach from ulcer, with successful operation. (N-Y, Med. Record Vol. 47. Jan. 5.95. pg. 2).

I. 50-jähriger Mann. Seit 3 Jahren Verdauungsstörungen. Gesehen 5. Februar 1884. Vor 15 Monaten Bluterbrechen. Eines Morgens plötzlich rasender Schmerz im Epigastrium, Collaps. Morphium subcutan, Eis zum Schlucken, Wärmeflaschen. Zum Abend Besserung. 23. Januar Genesung. Tod 1889 unter denselben Erscheinungen.

II. 22 jährige Frau. Seit 3 Jahren Magenbeschwerden. Gelegentliches Erbrechen. Erkrankt plötzlich mit rasenden Schmerzen im Epigastrium und linken Hypochondrium. Erbrechen. Peritonitis. Laparotomie am 6. Tage, Tod am 7. nach der Erkrankung.

III. 20 jährige Frau. Verdauungsstörungen in den letzten 1–4 Jahren. Nach Mahlzeiten oft Erbrechen. 18. September während einer Mahlzeit plötzlich Schmerzen im linken Epigastrium und Hypochondrium. Erbrechen. Peritonitis. Morphium, kaltes Wasser theelöffelweise, am nächsten Tage Operation. Bei Eröffnung der Bauchhöhle einige Unzen trüben Serums; Magen etwas gebläht. Pylorustheil injicirt, verdickt. In der Nähe der Curvatura minor eine Perforation. Es werden 8 Nähte in 2 Reihen angelegt. Die Oberfläche der Wunde wird trocken abgetupft. Bauchwunde mit Silkworm zugenäht. Erbricht mehrere mal in den ersten 24 Stunden. Die erste Zeit Nährclysmata. Am 3. Tage Milch per os. 7. October gesund entlassen.

Der erste Fall ist also ohne Operation genesen. Beim 2. ging Alles scheinbar gut bis zum 6. Tage. Die Operation wurde zu spät ausgeführt. A. nimmt sich vor in ähnlichen Fällen nicht abzuwarten. Man muss durch zeitweilige Besserung sich nicht irre führen lassen. Die Operation ist innerhalb der ersten 24 Stunden zu vollführen. Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Haab (Zürich): Atlas und Grundriss der Ophthalmoskopie und ophthalmoskopischen Diagnostik mit 5 Text- und 102 farbigen Abbildungen auf 64 Tafeln. München 1895. J. F. Lehmann. Preis 10 Mk.

Es ist ein dankenswerthes Unternehmen des Lehmann'schen Verlages, eine Reihe von Handatlanten herauszugeben (17 Bände), welche alle der bildlichen Darstellung bedürftigen Zweige der Medicin umfasst und bei richtiger Auswahl und tadelloser Ausführung der Bilder durch den billigen Preis des Einzelbandes Jedem zugänglich sein soll.

Der vorliegende ophthalmoskopische Atlas von Prof. Haab wird allen diesen Bedingungen vollauf gerecht. Er bietet auf 64 farbigen Tafeln eine reiche Auswahl von Abbildungen des normalen (4 Tafeln) und des krankhaft veränderten Augenhintergrundes, die sehr naturgetreu gemalt und technisch ganz vorzüglich wiedergegeben sind. Ersteres ist ganz Haab's Verdienst, der alle Bilder selbst mit Meisterhand ausgeführt und nichts gegeben hat, zu dessen Beobachtung ihm keine Gelegenheit geboten war. Letzteres hat aber nur geringe Lücken verursacht wie z. B. das Fehlen des sonst in jedem Atlas abgebildeten Cysticercus, der in Deutschland durchaus nicht selten ist und daher in der nächsten Auflage nicht fehlen dürfte. Im Uebrigen können wir uns mit dem Princip: grosse Seltenheiten fortzulassen, dagegen die gewöhnlicheren Erkrankungen in möglichst zahlreichen und für die verschiedenen Stadien oder Erscheinungsformen charakteristischen Abbildungen wiederzugeben, nur durchaus einverstanden erklären. Die Durchführung dieses Princips macht den Atlas dem Studirenden oder weniger erfahrenen Augenarzt, dem die Deutung manches Augenspiegelbefundes wie z. B. bei der so vielgestaltigen Choroiditis Schwierigkeiten bereitet, ganz besonders werthvoll. Aber auch der erfahrene Augenarzt findet in diesem Atlas manche Bilder, die ihm von grossem Interesse sind, da er entsprechende Fälle nur selten gesehen hat und hier mit guten Abbildungen vergleichen kann. Manche Erkrankung wird er wohl in noch ausgeprägterer, typischerer Form gesehen haben und daher die Abbildungen gern etwas geändert wünschen, aber er wird auch in diesen Fällen der getreuen Wiedergabe nach der Natur volle Gerechtigkeit wiederfahren lassen müssen.

Den Tafeln vorher geht ein kurzer Grundriss der Ophthalmoskopie, der Manchem wohl dadurch nützlich sein kann, dass er ihm Vergessenes wieder ins Gedächtniss ruft. Zur Erlernung der Ophthalmoskopie ist der Abriss aber zu kurz. Wir würden daher an dieser Stelle lieber eine zusammenhängende Darstellung der ophthalmoskopischen Befunde am kranken Auge nebst eingehender Besprechung ihrer Entstehung und pathologischen Bedeutung sehen. Die den Bildern beigegebene Erklärung wird unserem Wunsche nur zum Theil gerecht, obgleich sie zum Verständniss der Bilder vollständig genügend ist. Diese Ausstellung soll aber in keiner Weise den Werth des Atlas herabsetzen, den wir Allen bestens empfehlen, die sich mit Ophthalmologie beschäftigen, besonders aber den Collegen, die allein am Orte in ihrem Fache thätig sind und keine Gelegenheit haben, ihre Befunde dem Urtheile anderer Fachgenossen zu unterbreiten. Schroeder.

Wilhelm Camerer: Der Stoffwechsel des Kindes von der Geburt bis zur Beendigung des Wachsthums. Tübingen. Verlag der H. Laupp'schen Buchhandlung.

Der vorliegenden höchst lehrreichen Monographie liegen die langjährigen mühevollen Untersuchungen des Verf. die er an seinen eigenen Kindern angestellt hat, zu Grunde. Da die medicinische Literatur sehr arm an Arbeiten ist, die uns über den Stoffwechsel des Kindes belehren, so verdient das Camerer'sche Werk unsere volle Aufmerksamkeit und Anerkennung. Das Buch zerfällt in folgende Abschnitte: 1. Der Stoffwechsel des Kindes im Allgemeinen. Wachsthum. 2. Stoffwechsel des Kindes im 1. Lebensjahr. 3. Stoffwechsel von der Mitte des 2. Lebensjahres bis zum Ende der Entwicklungsperiode. 4. Mechanische Theorie des Stoffwechsels, wobei die Eigenthümlichkeiten des kindlichen Stoffwechsels und der Einfluss des Wachsthums auf denselben hervorgehoben werden. 5. Schwankungen der Stoffwechselfunctionen um ihre Mittelwerthe. 6. Literaturverzeichniss. Wir können leider an dieser Stelle Näheres über die aus den Tabellen und Beobachtungen des Verf. resultirenden Thatsachen nicht anführen; empfehlen aber auf das Wärmste die Anschaffung dieser werthvollen Schrift; der praktische Arzt wird aus derselben Belehrung über rationelle Ernährung des kindlichen Organismus schöpfen können. Abelmann.

Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wolmar.

5.–7. September 1894.

Vierte Sitzung.

Dienstag den 6. September 1894. 4 Uhr Nachmittags.

1. Wegen voraussichtlicher amtlicher Abhaltung am 7. Sept. giebt Dr. Apping an dieser Stelle sein angekündigtes «Referat über einen extraordinären Fall von **Flexibilitas cerea ossium intermittens spontanea**» nebst Vorführung der Patientin. (Cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1895, № 9).

Discussion.

a) Herr Dr. A. Keilmann theilt mit, dass ihn der vorliegende Fall an eine Frau erinnere, welche wegen engen Beckens durch die Sectio caesarea in der Breslauer geburtshilflichen Klinik entbunden werden musste: die Unterschenkel hatten beide in gleicher Weise Bajonettform; die Ansicht, dass diese Configuration durch Muskelzug zu Stande gekommen sei, könne nicht richtig sein. Die Diagnose wurde auf Rhachitis gestellt. Die Frau hatte erst im 5. Lebensjahre gehen gelernt. Andeutungen eines Rosenkranzes waren vorhanden, das Becken war allgemein verengt, nicht eigentlich platt (rhachitisch). Die Knochen waren hart; es kann also hier wohl eine gleiche Erkrankung, wie die vorgestellte, vorgelegen haben. Osteomalacie hat Redner in geburtshilflicher Praxis in Livland nicht beobachtet; in Breslau hat er zwei Fälle gesehen: die Knochen waren in beiden Fällen hart, die Becken zur Geburt ungeeignet; in einem Falle lässt sich der Einfluss des Wochenbettes erkennen: die eine Frau war gravid und wurde durch Sectio caesarea entbunden, die andere war nicht gravid und wurde durch Castration geheilt.

b) Herr Prof. Dr. Dehio: die Configuration der Knochen im vorliegenden Falle erinnert durchaus an die bei Rhachitis vorkommende, aber die eigenthümlichen anfallsweisen Steigerungen passen nicht in das Bild der gewöhnlichen Rhachitis. Man könnte an die sogenannte acute Rhachitis denken, bei der aber Haemorrhagien, namentlich in den Epiphysenlinien vorkommen und an den Diaphysen nicht beobachtet werden. Die andrerseits in Betracht kommende Diagnose Osteomalacie ist fraglich wegen der grossen Seltenheit dieses Krankheitsbildes bei uns zu Lande. Uebrigens weiss Redner sich nicht zu entsinnen, dass Osteomalacie ausnahmsweise auch bei Kindern beobachtet worden wäre.

c) Herr Dr. A. v. Bergmann: Bei vorliegendem Falle dürfte sorgfältige Messung der einzelnen Abschnitte der unteren Extremitäten (Ober- und Unterschenkel) abnorme Längenmaassdifferenz erweisen; damit wäre der Beweis einer stattgehabten Erkrankung der Epiphysenknorpel erbracht und die Diagnose Rhachitis sicher gestellt.

Osteomalacie kommt hier zu Lande vor. Ein derartiger Fall ist im Stadtkrankenhause zu Riga beobachtet worden. Castration brachte keine Besserung, sondern wurden auch die Armknochen und ein Theil der Rippen von der Erweichung ergriffen.

2. Herr Dr. Fr. Berg hält seinen angekündigten Vortrag: «**Die Syphilis in ihren Beziehungen zu Gelenk- und Knochenerkrankungen**». (Cf. St. Petersb. med. Wochenschrift 1894, № 45).

Discussion:

Herr Dr. A. v. Bergmann: Tuberculininjectionen dürften die Differentialdiagnose nicht ermöglichen, da Actinomycose gleichfalls in ganz ähnlicher Weise auf Tuberculin reagirt wie die Tuberkulose und auch bei gummöser Osteomyelitis Reaction auf Tuberculin beobachtet worden ist.

3. Herr Dr. C. Dahlfeldt hält seinen angekündigten Vortrag: «**Die Bedeutung einiger Augenkrankheiten für die Diagnose der Syphilis**».

Vortragender bespricht die bei der Syphilis in Betracht kommenden Erkrankungen des Auges mit Ausnahme derjenigen, welche nur mittels des Augenspiegels nachweisbar sind und der Augenmuskelerkrankungen. Vortragender ist der Ansicht, dass selbige, obwohl nicht direct pathognomonisch für die Lues, doch in vielen Fällen dem Arzte einen wichtigen Hinweis auf vorhandene Lues bieten können.

4. Herr Dr. E. Sokolowski hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse**». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. medic. Wochenschrift).

5. Herr Prof. Dr. O. Petersen hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie**». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

6. Herr Dr. Fr. Berg giebt ein **Correferat** zu dem Vortrage des Herrn Prof. Petersen. (Erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Discussion:

a) Herr Dr. A. v. Bergmann: Vor ca. 6 Jahren hatte ein Fall im Rigaschen städtischen Krankenhause nach ½ Spritze der usuellen Calomelinjection letalen Ausgang. Es handelte sich um ein geschwächtes Individuum mit alter Lues und einem grossen Geschwür am weichen Gaumen und den Fauces. Gleichzeitig bestand mässige Eiweissausscheidung und eine Induration einer Lungenspitze. Längere Jodkalibehandlung brachte nur geringe Besserung; daher wurde die Calomelinjection versucht, welche eine floride, rasch zum Tode führende Phthise auslöste. Dabei ging die Heilung des Geschwüres stets vor sich.

Die Inunctionscur hat ihren grössten Vorzug darin, dass sie jederzeit unterbrochen werden kann und darin, dass sie dem Patienten stets ad oculos demonstrirt, dass er krank sei und demgemäss sich zu verhalten habe.

Bei der Behandlung ist stets das Verhalten des Allgemeinbefindens zu controlliren (Körpergewicht etc.) Quecksilber kann eventuell als provocatorisches Moment gelten, wo dasselbe bei beginnender Verschlechterung des Allgemeinbefindens weiter zugeführt wird. Dafür sprechen alle die Ausbrüche der Lues unmittelbar im Anschluss an Curen in unseren berühmtesten Bädern. Ob unsere heutige Behandlung der Lues besser sei als die vor Jahrzehnten gebräuchliche, ist zum Mindesten fraglich; die stetig wachsende Zahl von Tabeskranken und Erkrankungen an progressiver Paralyse spricht dagegen.

b) Herr Docent Dr. F. Krüger stellt sich auf den Standpunkt Dr. Berg's, man solle die Quecksilberbehandlung erst nach dem Auftreten der Secundärerscheinungen einleiten. Zur Anwendung der einen oder anderen Applicationsmethode muss selbstredend individualisirt werden; handelt es sich z. B. um gefahrdrohende Symptome, so wende man leicht resorbirbare (lösliche) Hg-Präparate an. Bei einigen Syphilitikern gelangt man mit Injectionen nicht so leicht zum Ziel wie mit Inunctionen; so glaubt Redner, dass bei papulösem Syphilid Inunctionen schneller wirken, vielleicht wegen der gleichzeitig stattfindenden Massage.

Eine Ansammlung und Ablagerung von Hg. findet sowohl bei der Punction wie bei der Injection unlöslicher Hg-Verbindungen statt; es könnte also in dem einen wie in dem anderen Falle plötzlich Mercurialvergiftung eintreten.

c) Herr Dr. F. Berg: Eine derartige Hg-Vergiftung wie etwa nach Calomelinjection sieht man bei Einreibungen kaum, weil man jederzeit die Zufuhr unterbrechen kann; das Calomel oder das Hg. salicylicum als Dépôt kann man nicht nach Wunsch entfernen resp. vermindern. Wieviel injicirt wurde, weiss man allerdings, wieviel davon zur Aufsaugung kam, weiss man nicht. Auch scheint nach beendeter Injectionscur plötzliche Aufsaugung mit Vergiftungserscheinungen vorzukommen.

Redner lässt jeder Methode ihre Existenzberechtigung, möchte aber die Inunctionscur befürworten, wo sie irgend durchführbar ist.

d) Herr Dr. Fr. Voss führt an, dass auch bei der Inunctionscur Todesfälle in der Literatur der letzten Jahre verzeichnet sind und zwar bei Anwendung kleiner Dosen. Es könne daher diese Methode der subcutanen gegenüber nicht als völlig gefahrlos bezeichnet werden. Andrerseits müsse den socialen Verhältnissen der Kranken soweit Rechnung getragen werden, dass man, im Falle dem Kranken die eine Behandlung schwer oder garnicht durchführbar, lieber auf dieselbe zu Gunsten der leichter durchzuführenden verzichtet, anstatt durch Bestehen auf der ersteren den Kranken von einer Behandlung ganz abzuschrecken.

e) Herr Dr. A. v. Bergmann: Sobald zugegeben wird, dass die ambulatorische Behandlung weniger zuverlässig ist als die stationäre, so darf der Arzt den Pat. garkeine Wahl zwischen beiden Behandlungsmethoden stellen, sondern nur die letztere empfehlen. Die für die acuten Infectionskrankheiten selbstverständliche stationäre Behandlung wird ja heutzutage auch für die chronischen verlangt. Rationelle Therapie der Tuberculose z. B. kann nur da stattfinden, wo der Kranke unter stetiger Controlle des Arztes steht. Für die Lues gilt dieses noch in ganz besonderem Maasse.

(Schluss folgt.)

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1894.

Zusammengestellt vom Secretär Dr. W. Beckmann.

Während des Jahres 1894 hielt der Verein 17 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 23 Mitgliedern 42 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 17 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate, Apparate und Abbildungen demonstrirt wurden. Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermaassen auf die einzelnen Disciplinen.

Innere Medicin.

Hackel. Ein Fall von schwerer Hysterie mit Hautaffectionen (15. Febr.)

Kallmeyer. Beschäftigungsneurose bei einem Schriftsetzer. (18. Januar.)

Derselbe. Ein Fall von chronischem Morphinismus, Heilung. (18. Januar).

Kroug. Ein Fall von tabischer Knochen- und Gelenkaffection. (1. Februar.)

Mobitz. Ein Fall von Arthritis tabica. (1. Februar.)

Moritz. Ueber Perityphlitis nach Erfahrungen im Alexanderhospital. (18. Januar.)

Derselbe. Ein Fall von Cholelithiasis. (18. Januar.)

Derselbe. Ein Fall von Pneumonie mit sehr kurzem Verlauf. (18. Januar.)

Derselbe. Ueber die Behandlung des Gelenkrheumatismus. (10. Mai.)

Westphalen. Ein Fall von Sepsis in Folge eines occult verlaufenden perityphlitischen Abscesses. (1. März.)
Derselbe. Ein Fall von wiederholter acuter Herzdilatation bei einer Hysterischen. (29. März.)
Derselbe. Pathologisch anatomischer Befund bei einem Fall von Jackson'scher Epilepsie. (26. April.)

Chirurgie.

Anders. Ueber den jetzigen Stand der Scoliosenbehandlung. (15. Februar.)
Derselbe. Ueber die moderne Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation. (1. November.)
Derselbe. Ueber die nicht operativen Behandlungsmethoden der Coxitis. (15. November.)
Beckmann. Ueber die diagnostische Bedeutung der Indicanurie bei Eiterungen. (29. März.)
Derselbe. Erfahrungen über die Aethernarkose. (20. September.)
Dombrowski. Zur operativen Behandlung der Varicen an den unteren Extremitäten. (15. Februar.)
Horn. Ueber moderne Scoliosentherapie. (4. October.)
Moritz. 2 Fälle von Fractur der processus spinosi der Wirbel durch Muskelaction. (1. Februar.)
Tiling. Koprostase als Ursache von Dickdarmtenesmen und Sphincterkrämpfen. (18. Januar.)
Derselbe. 2 Fälle von Trepanation des Schädels bei Jackson'scher Epilepsie. (15. März).
Derselbe. Zur Therapie des Klumpfusses. (1. November.)
Wulff. Zur operativen Behandlung varicös erweiterter Venen. (15. März).

Geburtshülfe und Gynäkologie.

Beckmann. Ein Fall von Extrauteringravidität. Coeliotomie. Heilung. (15. Februar.)
Derselbe. Ein Fall von Tubargravidität, Coeliotomie. Genesung. (15. März.)
Derselbe. Ein Fall von Inversio uteri post partum. (12. April.)
Bidder. Ueber die Therapie der Colpaporrhexis. (29. März.)

Kinderheilkunde.

Hackel. Ein Fall von Säuferleber bei einem Kinde. (15. November.)
Hörschelmann. Ein Beitrag zur Lösung der Frage von dem Verhältniss der Varicellen zur Variola. (4. October.)
Peters. Ueber 22 Fälle sporadischer Rubeola. (12. April.)

Augenheilkunde.

Germann. Ein Fall von Catarracta accreta. (18. Januar.)
Derselbe. Zur operativen Ectropiumbehandlung. (15. Febr.)
Derselbe. Zur Therapie der Augenverletzungen durch in die Hornhaut eingedrungene Fremdkörper. (20. September.)
Derselbe. Ein Fall von hochgradiger Myopie, gebessert durch operative Entfernung der Linse. (20. September.)
Derselbe. Zur Symptomatologie der Orbitalphlegmone, veranlasst durch Empyeme der Nebenhöhlen der Nase. (29. November.)
Schröder. Ein weiterer Fall von Actinomycose des unteren Thränenröhrchens. (18. October.)
Derselbe und Frankenhäuser. 2 Fälle von retrobulbärer Phlegmone des Auges. (29. November.)

Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane. Hautkrankheiten.

von Essen. Ein Fall von Codeinexanthem.
Strauch. 3 Fälle von Prostataatrophie.

Ohren- und Nasenkrankheiten.

Germann. Chronische Trigeminusneuralgie infolge von Empyem der Oberkieferhöhle. (13. Dec.).
Lunin. Ueber die Pathologie und Therapie der Eiterungen der Nebenhöhlen der Nase.

Carl Ricker. †

Am Morgen des 27. Februar erlag der bekannte Verlagsbuchhändler Carl Ricker im Alter von fast 62 Jahren einer Pneumonie, die sich im Anschluss an eine Influenza entwickelt hatte. Der Tod dieses vielverdienten Mannes bedeutet einen kaum zu ersetzenden Verlust, nicht nur für unsere Residenz, sondern für die wissenschaftliche Welt des ganzen grossen Russland. Es ist hier nicht der Ort, die gesammte Thätigkeit des Entschlafenen voll zu würdigen; erstreckte sich diese doch fast auf alle Gebiete der Naturwissenschaften. Wohl aber wollen wir die Thatsache feststellen, dass auf medicinischem Gebiet in ganz Russland wohl kein Verleger an Bedeutung Carl Ricker gleichkommt. Man staunt über die Arbeitskraft, die er bethätigt hat, wenn man die lange Reihe der in seinem Verlag erschienenen Publicationen — neuer Bücher, russischer Uebersetzungen der meisten bedeutenden fremdsprachigen, namentlich deutschen, medicinischen Werke der neueren Zeit, und periodischer Zeitschriften — überblickt. Die schöne solide innere und äussere Ausstattung, durch die sich die Rickerschen Bücher so vortheilhaft auszeichnen, giebt Zeugniss davon, dass hier in erster Linie nicht das kaufmännische Interesse stand, sondern das Bestreben, der einmal erwählten Sache mit vollster Hingebung und mit allen Kräften zu dienen.

Diese Art zu wirken war Allen, die Carl Ricker gekannt haben, verständlich als Consequenz der hervorragenden Charaktereigenschaften dieses bedeutenden Mannes. Eiserner Fleiss, Energie, Uneigennützigkeit, grösste Liebenswürdigkeit und Schlichtheit im Umgang — das waren die Eigenschaften, die dem Verleger eine grosse Zahl von Autoren zuführten und das Verhältniss zwischen beiden angenehm und fruchtbringend gestalteten.

Die «St. Petersburger medicinische Wochenschrift» hat Carl Ricker sehr viel zu verdanken. Seit dem 1. Januar 1884 erscheint sie in seinem Verlag und immer, auch in schweren Zeiten, fand sie bei dem verehrten Mann wohlwollendes, nobles und uneigennütziges Entgegenkommen, das häufig viel mehr gewährte als man erwarten zu dürfen glaubte. Die Anerkennung dieser Verdienste des Entschlafenen um die Wochenschrift fand auch auf der Sitzung des «Vereins St. Petersburger Aerzte» (dessen Organ ja die Wochenschrift ist) am 28. Februar Ausdruck, als der Vorsitzende — Professor G. Tiling in einer warmen Ansprache die Trauernachricht vom Ableben C. Rickers mittheilte und die Mitglieder des Vereins das Andenken des Verblichenen durch Erheben von den Sitzen ehrten.

Auch wir bewahren das Gedächtniss an den Todten in bewegtem Herzen und rufen ihm unseren tiefgefühlten Dank nach in das Grab, das sich mittlerweile über ihm geschlossen hat. Er ruhe in Frieden!

Vermischtes.

— Am 26. Februar, als am Geburtstage des in Gott entschlafenen Kaisers Alexander III. und dem 25. Jahrestage der Gründung der Anstalt zur Verpflegung von Geisteskranken (bei der Station Udelnaja) fand in der Anstalt die Enthüllung des Denkmals für den «Zar-Gründer» und die Einweihung eines neuen Flügels für 50 Kranke in Gegenwart Sr. Majestät des Kaisers Nikolai II. statt.

— Der Director der Klinik für Geisteskranke an der militär-medicinischen Academie, Prof. Dr. Bechterew ist zum Mitgliede des Conseils der auf den Namen Kaiser Alexander III. gegründeten Anstalt zur Verpflegung von Geisteskranken ernannt worden.

— Die St. Petersburger (russische) medicinische Gesellschaft hat die hiesigen Aerzte Stolz, Tschetschott, Tscherepnin und Wywodzew, sowie Prof. Sjetschenow (Moskau) und Metschnikow (gegenwärtig in Paris) zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Am 8. Februar beging der Oberarzt des örtlichen Bataillons in Ufa, Dr. G. A. Schreiber, sein 25-jähriges Dienstjubiläum.

— Wie der «Wratsch» erfährt, ist der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. S. A. Popow, für den Lehrstuhl der Pharmakologie in Charkow in Aussicht genommen.

— Verstorben: In Jefremow der Eisenbahnarzt Agathon Filatow im 43. Lebensjahre. Der Verstorbene war seit 1883 praktisch thätig. 2) Am 19. Februar in St. Petersburg Dr. S. J. Warschawski im Alter von 50 Jahren. Früher war der Verstorbene längere Zeit Landschaftsarzt in Luga. 3) In Moskau am 15. Februar der ältere Ordinator des dortigen städtischen Arbeiterhospitals W. J. Kontrym im 46. Lebensjahre. Der Hingeschiedene beschäftigte sich speciell mit Syphilis und Hautkrankheiten. 4) In Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. Ludwig Güterbock, einer der angesehensten Aerzte Berlins im Alter von 80 Jahren. Er hat sich früher auch durch wissenschaftliche Forschungen bekannt gemacht, namentlich durch eine Arbeit über die Histologie und Chemie des Eiters, welche mit einem Preise gekrönt wurde. 5) In Hanau der Director des Stadtkrankenhauses, Dr. Conrad Middeldorpf plötzlich durch ein Versehen bei der Arzneiabmessung. M. war früher Docent in Freiburg und hat vor einigen Jahren eine werthvolle Arbeit über Croup und Diphtherie veröffentlicht. 6) In London der bekannte Ophthalmologe John Whitaker Hulke, Präsident des Royal College of Surgeons, im 65. Lebensjahre.

— Am 2. März beging der Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie Dr. Fürst Tarchan-Mourawow sein 25-jähriges Dienstjubiläum. Professor Tarchanow steht gegenwärtig im 48. Lebensjahre und stammt aus einem alten grusinischen Fürstengeschlecht. Seine wissenschaftliche Ausbildung hat er an der St. Petersburger

Universität, wo er unter Owssjannikow's Leitung sich mit der Physiologie beschäftigte, und dann an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1869 wurde er zur weiteren Vervollkommnung in's Ausland geschickt. Nach seiner Rückkehr erhielt er den Lehrstuhl der Physiologie an der Academie, welchen er bis zum heutigen Tage inne hat.

— In diesem Jahre feiern noch drei Professoren der militär-medicinischen Academie ihre Dienstjubiläen, und zwar der Professor der Chirurgie Dr. Nassilow am 3. Mai sein 30-jähriges, der Professor der Anatomie, Dr. Tarenezki am 29. Mai sein 25-jähriges und der Professor der Epizootologie W. E. Woronzow am 28. September ebenfalls sein 25-jähriges Jubiläum.

— Der Privatdocent der Moskauer Universität, Dr. Schtscherbakow, ist zum Professor der speciellen Pathologie und Therapie an der Warschauer Universität ernannt worden.

— An der Strassburger Universität ist der Privatdocent Dr. Cahn zum ausserordentlichen Professor für innere Medicin ernannt worden.

— Der Professor der Physiologie Dr. J. Burdon-Sanderson ist an Stelle des in den Ruhestand tretenden Sir Henry Acland zum Professor der Medicin an der Universität Oxford erwählt worden.

— Prof. Dr. Emmerich in München ist behufs Studien über die Cholera nach Konstantinopel berufen worden.

— Am 19. Februar fand in Moskau die feierliche Einweihung der neuerbauten Universitätsklinik für Hautkrankheiten statt, bei welcher der Director derselben Professor Pospelow eine Festrede über die Geschichte der Kliniken für Hautkrankheiten in Russland hielt. Die neue Klinik, welche mit den von dem reichen Moskowiter Ssolodownikow gespendeten Mitteln erbaut ist, enthält 60 Krankenbetten und soll den höchsten Ansprüchen in Bezug auf Einrichtung und Ausstattung genügen. In den 70-ger Jahren gab es in Russland nur eine Klinik für Hautkrankheiten. Die Moskauer Universität erhielt erst später eine Docentur für Hautkrankheiten, aber ohne Klinik. Zum klinischen Unterricht in dieser Krankheiten musste bis jetzt eine Abtheilung des städtischen Arbeiterhospitals benutzt worden.

— Der Kiewer Krösus L. J. Brodski hat ein Kapital von 5000 Rbl. einem Kiewer Gymnasium und ein ebensogrosses der Kiewer Universität gespendet, deren Zinsen zu Stipendien für unbemittelte Hebräer, welche diese Anstalten besuchen, verwandt werden sollen. Auf Wunsch des Stifters behält die Person, welche das Stipendium im Gymnasium genossen hat, dasselbe auch auf der Universität, falls sie sich dem Studium der Medicin widmet. (Kiew. Sslowo-Wr.)

— Vom Rechtsschutzverein Berliner Aerzte, welcher bereits 25 Jahre existirt, waren im Jahre 1894 einzuziehen 14303 Liquidationen im Betrage von 197,440 Mark 73 Pfennige, von denen bis zum Schluss des Jahres für 7048 Liquidationen 115,032 Mark 55 Pf. eingingen. In geschäftlicher Behandlung verblieben 3911 Liquidationen im Betrage von 11,980 Mark 95 Pfennige. Das Vereinsbureau erzielte einen Gewinn von 3327 Mark 71 Pfennige.

— Die Choleraepidemie herrscht in Russland nach dem letzten offiziellen Cholera-Bulletin noch in zwei Gouvernements, und zwar in Wolhynien, wo vom 5.—11. Februar 78 Neuerkrankungen und 30 Todesfälle, und in Podolien, wo vom 12.—18. Februar 6 Erkrankungen und 3 Todesfälle vorkamen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburg betrug am 25. Februar d. J. 7282 (98 mehr als in d. Vorwoche), darunter 270 Typhus — (8 weniger), 829 Syphilis — (17 wenig.), 140 Scharlach — (12 wen.), 28 Diphtherie — (16 wen.), 17 Masern — (1 mehr) und 20 Pockenkranke (6 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. Februar 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
403	383	786	148	79	107	15	7	21	59	74	76	62	68	50	17	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 4, Scharlach 12, Diphtherie 12, Croup 4, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 58, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 108, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 42, Krankheiten der Verdauungsorgane 55, Todtgeborene 46.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. März 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. März 1895.

FRANZENSBAD.

Das **erste Moorbad der Welt,** besitzt **starke Eisenquellen, reine alkalische Glaubersalzwässer** und **Lithionsäuerlinge, sehr kohlensäurereiche Stahlbäder, Mineralwasserbäder, Kohlensäure-Gasbäder.**

Vier grosse elegant und comfortabel ausgestattete und mit allen modernen Einrichtungen (**Elektrische Bäder, permanente Irrigation, Römisch-irische Dampfbäder, Massage** etc. etc.) versehene Badeanstalten.

Saison vom 1. Mai bis 30. September.

Ausführliche Prospecte gratis.

Jede Auskunft ertheilt **das Bürgermeisteramt als Curverwaltung.**

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY

CÉLESTINS

GRDE-GRILLE

HÔPITAL

Avoir soin de désigner la Source

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten aufs wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (29) 12—1

WILDBAD

Würtemberg. — Schwarzwald.

Hauptsaison von Mai bis October.

Kurgebrauch während des ganzen Jahres.

Weitere Kurmittel: Dampf- und Heissluftbäder, schwed. Heilgymnastik, (System Dr. Zander) in dem bekannten Prachtbau «König Karls-Bad», Electrotherapie, Massage.

Herrliche Tannenwälder, Waldwege und Anlagen an der Enz, Kurorchester von 33 Mann. Theater, Jagd auf Hoch- und Niederwild, Fischerei. Comfortable Hotels und Privatwohnungen.

Von **Pforzheim** in **einer** Stunde, von **Stuttgart** in **drei** Stunden mit der Eisenbahn erreichbar.

Prospecte und jede gewünschte Auskunft durch die **K. Badverwaltung** oder das **Stadtschultheissenamt.** (28) 3—1

Cur- u. Seebad PERNAU in Livland.

Saison vom 20. Mai bis zum 31. August.

Nähere Auskünfte gratis durch die

(30) 4—1 **Badecommission.**

Pädagogium Thale a. Harz.

Für Schüler sehr gesunder Aufenthalt, gute Pflege und gewissenhafte Vorbereitung für alle Klassen höherer Schulen. Individuelle u. energische Förderung. Beste Empfehlungen. P. von mit Unterr. 800—1000 M. jährl. Prospecte. **Dr. Lohmann.**

MARIENBAD (BÖHMEN) Weltcurort

mit sehr starken Glaubersalzwässer, reinen Eisenwässer, sehr eisenreichen Mineralmoore, ausgezeichnet durch seine Höhenlage in Waldbergen.

Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- u. Heissluftbäder, Kaltwasserheilanstalt.

Neuerbaute Colonnade. — Salz-Sud-Werk. — Elektrische Stadtbeleuchtung. — Hochquellenwasserleitung.

Theater. — Tombola. — Tanz-Reunionen. — Jagd. — Fischerei. — Reit- und Radfahr Club, Jugendspielplätze. — Lawn-Tennis. — Interurb. Telefon.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. Frequenz 17.000 (excl. Passanten).

Prospecte und Brochüren gratis vom Bürgermeisteramt.

FÜR TRINKCUREN im Hause: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Carolinenbrunn. Die Fl. haben eine Grösse v. 3/4 Lit. Inhalt.

Natürliches Marienbader Brunnensalz, pulv. u. kryst. (0.862 gr. pulv. Salz entsprechend 100 gr. Mineralw.). In Flacons à 125 gr. u. 250 gr. od. dosirt zu 5 gr. in Cartons.

Marienbader Brunnen-Pastillen in Orig.-Schachteln.

FÜR BADEKUREN Marienbader Moorerde, Brunnenseife, Mutterlauge u. Laugensalz. In allen Mineralwasser-Handl., Droguerien u. grösseren Apotheken erhältlich.

Brunnen Versendung, Marienbad.

WIESBADEN

Dr. med. E. Rosenthal

jetzt Taunusstrasse 8. pt. (23) 3—1

Salipyrin Riedel.

(Marke geschützt).

Dosirung 1/2 bis 1 Gramm mehrmals täglich. Literatur zu Diensten.

Chemische Fabrik von

J. D. Riedel, Berlin N.

(gegründet 1812) (6) 6—5

Дозв. ценз. Спб. 4 Марта 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 10 St. Petersburg, 11. (23.) März **1895**

Inhalt: Otto Küstner: Hundert Laparo-Myomotomien. — A. Andreesen: Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Zahnfleischsaumes bei der Lungentuberculose. — Bücheranzeigen und Besprechungen: J. Litten: Der Bandwurm, Eine ärztliche Humoreske. — Klinische Abbildungen. Sammlung von Darstellungen der Veränderung der äusseren Körperform bei inneren Krankheiten. In Verbindung mit Dr. Schüffner herausgegeben von Prof. Dr. H. Curschmann. — Protokolle des VI. Aeztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wolmar. (Schluss). — Vermischtes. — Vacanzen. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Hundert Laparo-Myomotomien.

Von

Professor Dr. Otto Küstner.

Director der Kgl. Frauenklinik zu Breslau.

Vor wenigen Tagen entliess ich meine hundertste Laparomyomotomie gesund in ihre Heimath. Als ich hoffen konnte, sie als genesen zu betrachten, galt es den Blick rückwärts zu richten und mit Hilfe klinischer Journale, meiner Privatnotizen und der 1891 in Dorpat verfassten Dissertation von Hörschelmann meine Erfahrungen auf dem Gebiete dieser Operation zusammenzustellen. Vielleicht sind dieselben auch dem einen oder anderen Collegen interessant oder lehrreich.

Von den 100, sämmtlich in Kliniken und zwar in der Dorpater und Breslauer operirt, sind 18 gestorben[1]).

Naturgemäss ist die Vertheilung dieser 18 recht ungleichmässig, sofern auf die ersten 50 — 13, auf die letzten 5 entfallen. Oder:

Von den	ersten	25	starben	8 (32 pCt.).
» »	zweiten	25	»	5 (20 pCt.).
» »	dritten	25	»	4 (16 pCt.).
» »	vierten	25	»	1 (4 pCt.).

Der in dieser Serie ausgedrückte Fortschritt ist thatsächlich grösser; ich hatte natürlich, wie jeder Operateur, in früheren Zeiten die topisch ungünstigsten Fälle nicht operirt, wogegen jetzt diese gerade, sofern sie es sind, welche meist erhebliche Beschwerden veranlassen, zur Operation kommen. Weiter ist der thatsächliche Fortschritt grösser, als er sich in diesen Zahlen ausspricht, insofern als von den 4 Todten der III. Serie eine einer Myocarditis und eine einer Lungenembolie an dem Tage, an welchem sie «geheilt» das Bett verliess, und als die eine Todte der IV. Serie ebenfalls einer Myocarditis erlegen war. Diese drei Todesfälle betreffen in der Tabelle, welche über die Methoden Auskunft giebt, die Gruppe III c., d. h. sie ereigneten sich alle drei bei der retroperitonealen Stumpfbehandlung. Die übrigen 15 mal war die Todesursache Sepsis. Alle Todesfälle sind als Folgen der Operation anzusehen.

Zum Vergleich seien die Resultate der analogen grossen Operationsreihen der jüngsten Zeit genannt Czerny[2]) hat unter seinen sämmtlichen bisher gemachten 89 Laparomyomotomien 20 Todesfälle = 22 pCt. Schauta[3]) unter seinen sämmtlichen 74 Laparomyomotomien 13 Todesfälle = 17,5 pCt. Die Methoden, welche zur Anwendung kamen, ergiebt folgende Tabelle:

	Genesen.	Gestorben.
I. Abtragung gestielter, subseröser Myome.		
extraperitoneal } behandelt.	5	—
intraperitoneal } behandelt.	6	—
II. Enucleationen		
1) rein intraligamentärer Tumoren durch Einnähen und Stopfen des Myombettes behandelt, ohne Eröffnung des Cavum uteri	7	1
2) intramuraler Tumoren		
a) ohne Cavumeröffnung		
α) extraperitoneal mit Einnähen des Bettes	6	3
β) intraperitoneal	14	1
b) mit Cavumeröffnung und Resection von viel Mantelmaterial		
α) extraperitoneal mit Einnähen des Restes in die Bauchwunde	1	4
β) intraperitoneal ohne Resection von Mantelmaterial	1	—

[1]) Einige im Privathause operirte sind nicht mitgerechnet, desgleichen sind nicht mitgerechnet die Sarkome, auch dann nicht, wenn sie makroskopisch die Myomstructur aufwiesen, also muthmaasslich aus Myomen entstanden waren. Verletzungen der Ureteren Blase und anderer Nachbarorgane sind niemals vorgekommen.

[2]) v. Meyer: Die operative Behandlung der Uterusmyome in den Jahren 1878—1892.

[3]) Herzfeld: Klinischer Bericht. Wien 1895.

III. Supravaginale Amputationen.		
a) Stumpfbildung nach Schröder intraperitoneal	—	1
b) Stumpfbildung nach Hegar extraperitoneal	7	—
c) retroperitoneale Versorgung eines sehr kleinen Stumpfes	18	5
IV. Totalexstirpationen.		
a) mit Offenlassen nach der Vagina zu	—	1
b) mit Naht	10	2
c) mit Erhaltung der Portio und Naht (Methode des Verf.)	7	—
	82	18
	Summa 100	

Mit derselben Ueberzeugtheit, mit welcher ich bekennen musste, dass sämmtliche 18 nur den Folgen der Operation erlegen sind, kann ich behaupten, sie sind fast alle an den Fehlern der Methoden gestorben.

Wenn dieser Satz nun richtig ist, so muss die successive Besserung der Operationsresultate Folge der successiven Besserung der Methoden sein, und das ist sie auch.

Während nun an der Amputation eines subserösen Myoms als Operationsmethode nichts wesentliches zu bessern war — wir verzeichnen für diese Operation überhaupt keinen Todesfall (Tabelle Nr. I) geben die Enucleationen ohne Eröffnung des Uteruscavums unter den letzten 50 Fällen — 13 an Zahl — keinen Todesfall, unter den ersten 50 — 19 an der Zahl — 5 Todesfälle. Die Besserung der Methoden aber kam ganz vorwiegend denjenigen Fällen zu Gute, in welchen wegen der excessiven oder multiplen Myomentwickelung eine umfängliche Verstümmelung des Organs nicht zu umgehen und eine ausgiebige Eröffnung des Uteruscavums durch die Operation nicht zu vermeiden war.

Nachdem ich eine typische Schröder'sche supravaginale Amputation mit unglücklichem Ausgang gemacht hatte, bevorzugte ich eine Zeit lang ein Verfahren, welches sich an Fritsch's Methode extraperitonealer Stumpfbehandlung mit Einnähung in die Bauchwunde eng anlehnte. Ebenfalls ungenügende Resultate. Darauf Hegars supravaginale Amputation mit extraperitonealer Stumpfbehandlung. — Einwandsfreie Erfolge — kein Todesfall.

Von dieser ausgezeichneten Behandlungsmethode, welcher allerdings neben dem Nachtheil, Bauchhernien zu hinterlassen, der empfindliche Mangel nicht abgesprochen werden kann, dass ihr nicht alle Tumoren und besonders gerade die operationsbedürftigen Cervixmyome nicht zugänglich sind, wandte ich mich Anfang 1893 auf Anregung von Mackenrodt, Martin und Fritsch der Totalexstirpation vom Abdomen aus zu. Nach der Operation vernähte ich die Vagina und schloss nach oben. Bei 5 Operationen 2 Todesfälle. Beides waren Secundärinfectionen, von Seidenfäden, welche das Scheidengewölbe durchdrungen hatten, ausgehend, wie die Section erwies. Darauf verliess ich, nachdem ich noch einmal mit Offenlassen nach unten zu mit unglücklichem Ausgang operirt hatte, diese Methode und ging im Herbst 1893 zur retroperitonealen Stumpfbehandlung über. Die Stumpfversorgung erfolgte nach Zweifels Methode mit 3 bis 4 fortlaufenden Partienligaturen. Zuerst waren die Resultate sehr gut. Dann aber ereigneten sich einige Todesfälle, welche zweifellos als Infectionen vom Stumpf aus aufgefasst werden mussten, und nun kehrte ich zum zweiten Male zur Totalexstirpation zurück. 14 Operationen, kein Todesfall.

Die von mir jetzt cultivirte Methode ist folgende: Beckenhochlagerung, Unterbindung der spermatischen Stränge nach Bildung einer Peritonealmanchette, Peritonealschnitt vorn über die Blaseninsertion, hinten tiefer hinabreichend. Successives Unterbinden und Trennen der Ligamente; Abschieben der Blase bis auf die Portio. Amputation der Cervix unmittelbar — etwa 1/2 Cm. — über dem äusseren Muttermund, ohne vorherige Unterbindung. Ausbrennen des minimalen Cervixrestes und Vereinigen der Cervixwunde durch quer gelegte (Silkwormgut) Suturen. Darauf genaue Vereinigung der parametranen Zellgewebswunde und exacte Peritonealplastik, beides mit Catgut, wobei thunlichst durch Mitfassen der Stümpfe und des unter denselben liegenden Gewebes todte Räume vermieden werden. Darauf Schluss des Abdomens. Nie wird eine provisorische Gummiligatur angewendet.

Grosses Gewicht lege ich auf die Vermeidung selbst kleinster todter Räume und auf absolute Trockenheit der Wunde. Bestehen Zweifel, ob in dieser Richtung das Vollkommenste erreicht ist, dann lege ich auf 2—3 Tage einen Mikulicz-Tampon ein und schliesse nach Herausnahme desselben den Rest der Bauchwunde durch schon vorher gelegte Secundärnähte ohne noch besonders anzufrischen; anderenfalls geschieht es, wenn die Wunde zu trocken erscheinen sollte, mit dem scharfen Löffel.

Die Discussion über die beste Methode derjenigen Laparomyomotomie, bei welcher die Integrität der Organe geopfert wird, ist noch nicht zu Ruhe gekommen. Erst vergangenen Sommer lasen wir eine recht erregte Debatte. Wenn es nun auch keinem Zweifel unterliegt, dass durchschnittlich die jetzt geübten Methoden bessere Resultate ergeben, als s. Z. die intraperitoneale Stumpfbehandlung der supravaginalen Amputation in des Erfinders Händen (31 pCt †) so bedeuten doch die letzten Arbeiten immer noch den Ausdruck eines Ringens nach Vervollkommnung intraperitonealer Methoden, eine Vervollkommnung, welcher jeder Erfahrene mit der von ihm geübten Methode nahe gekommen zu sein glaubt. Obgleich die Gefahren der intraperitonealen Methoden sattsam bekannt sind, so drängen doch die meisten Operateure diesen Methoden zu.

Auch ich bin von der extraperitonealen Behandlungsweise des Stumpfes, welche auch ich, wie die meisten als die lebenssicherste Methode kennen und schätzen gelernt habe (Vgl. Tabelle III b) abgegangen wegen der vielfach erörterten Mängel — Heilungsdauer, Bauchhernien — besonders aber wegen des einen Punktes, dass ihr nicht alle Myome zugänglich sind, und dass gerade die operationsbedürftigsten, die Cervixmyome, welche das Becken verlegen und schwere Incarcerationserscheinungen machen, ihr nicht zugänglich sind.

Die Gefahren der intraperitonealen Methoden beruhen in den zwei Punkten:

1) Wundsecretion vom Stumpf aus.

2) Infection des Peritoneums oder der Secretlache von der Cervix aus.

Für 1) sprechen die Erfahrungen jedes Operateurs. In allen Fällen, in welchen die Kranken nach der Myomotomie der «Sepsis» erlagen, fand sich eine grössere oder geringere, häufig eine recht geringe Menge von Wundsecret des Stumpfes in den abhängigen Peritonealpartien. Dieses Secret war coccenhaltig in den Fällen, in welchen es darauf untersucht wurde; von hier aus hatte eine Infection oder Intoxication des Organismus statt gefunden, meist auf dem Wege von umfänglicher oder auch wenig umfänglicher Peritonitis. Die Erfahrung hat gelehrt, dass diejenigen Methoden, welche eine Wundsecretion des Stumpfes ausschliessen, gute Resultate geben, wie z. B. die extraperitonealen Methoden und Zweifels supravaginale Amputation mit fortlaufender Partienligatur, wogegen diejenigen Methoden, welche eine derartige Secretion nicht mit Sicherheit ausschliessen, unsicherer sind. Am gefährlichsten haben sich immer die Methoden er-

wiesen, bei welchen ein umfänglicher, fleischiger Stumpf gegen das Nachsickern nicht genügend gesichert wurde.

Dass 2) von der Cervix aus Infectionen erfolgen und erfolgen können, ist erwiesen durch die Thatsache, dass die Myomotomien mit Cavumeröffnung stets gefährlicher waren, als die ohne; dass die Infection während der Operation durch Hände, Tupf- und Verbandmaterial vor 10 Jahren schon ebenso sicher vermieden werden konnte, als jetzt, dass endlich in der Cervix und Scheide Strepto- und Staphylococcen recht häufig vorkommen, wie u. a. die neueren Untersuchungen von Herzfeld-Schauta mit Sicherheit ergeben haben. Haben diese Eiterpilze vielleicht häufig einen wenig virulenten Character, so können sie denselben doch verlieren, sobald es sich um einen schwer verwundeten, blutleeren oder durch sonst welche Schädlichkeiten der Operation widerstandsunfähigen Organismus handelt.

Unter allen Umständen also kommt es bei der verstümmelnden Laparomyomotomie darauf an, an der Abtragungsstelle des Uterus Wundverhältnisse zu setzen, welche einerseits eine stärkere Secretion ausschliessen, eine absolute prima intentio gewährleisten und so das Eindringen von parasitären Wundspaltpilzen in die Wunde oder in eine von ihr ausgehende Nährlache verhindern. Diesen Postulaten entsprechen die bisher üblichen Methoden nicht in der vollkommensten Weise. Die Schröder'sche supravaginale Amputation setzt einen zu voluminösen, relativ schlecht versorgten Stumpf. Zweifel's Methode versorgt gegen das Nachsickern ausgezeichnet, setzt aber umfängliche Schnürstücke, welche der Necrotisirung verfallen, jedenfalls ebenso, wie die übrigen Methoden retroperitonealer Stumpfbehandlung die denkbarst ungünstigen Bedingungen für die Aufheilung des abgelösten Peritoneums abgeben. Alles Mängel, welche beseitigungsbedürftig und auch beseitigungsfähig sind. Die radicalste Abhilfe schafft die Totalexstirpation, bei welcher dieser leidige Stumpf überhaupt wegfällt.

Von den denkbaren Methoden der Totalexstirpation von oben halte ich nun die, bei welchen nach der Vagina offen gelassen wird und die Ligaturen dahinein geleitet werden, nicht für practisch; es kann leicht zu secundären Infectionen kommen, wie ich denn mit dieser Methode keine glänzenden Resultate erzielt habe.

Für ungleich sicherer halte ich mein oben beschriebenes Verfahren.

Breslau, den 5. März 1895.

Ueber die diagnostische und prognostische Bedeutung des Zahnfleischsaumes bei der Lungentuberculose.

Von

Dr. A. Andreesen

in Jalta.

Zweck folgender Zeilen ist es, auf ein Symptom, welches für die Diagnose und Prognose der Lungentuberculose von Bedeutung ist, die Aufmerksamkeit zu lenken, da dasselbe in Vergessenheit gerathen zu sein scheint. Vor einigen Jahren durch eine Arbeit Sticker's[1]) auf den rothen Saum, der am Zahnfleisch tuberculöser Kranker vorkommen soll, aufmerksam gemacht, fing ich an bei allen meinen Patienten, besonders aber bei Tuberculösen und der Tuberculose Verdächtigen, auf diese Veränderung des Zahnfleisches zu achten. Sticker nennt diesen Saum Frédericq-Thompson'schen Saum, weil diese Autoren zuerst den Saum in den fünfziger Jahren erwähnen.

[1]) Dr. G. Sticker. Die semiotische Bedeutung des Frédericq-Thompson'schen Zahnfleischsaumes in der tuberculösen Phthise. Münch. med. Wochenschrift 1888, № 37.

Frédericq beschrieb einen an der Umschlagstelle des Zahnfleisches auf den Zahnhals durch seine Färbung von der übrigen Schleimhaut sich scharf abgrenzenden Streifen, der eine ausgeprägt rothe Farbe bei der acuten Phthise, eine mehr bläuliche in den chronischen Fällen dieser Krankheit und eine weisse bei ausgesprochener Scrophulose zeige, und der sich von dem im Greisenalter sowie bei chronischen Unterleibsleiden und Verdauungsstörungen auftretenden schmutzig lividen Saum wohl unterscheide. Er sei um so röther je acuter die Krankheit, die Abnahme der Röthe sei prognostisch ein günstiges Zeichen. Thompson bestätigt diese Angaben, der Mangel jenes Streifens bei Männern mit unbestimmten Anzeichen von Schwindsucht berechtigt zu einer günstigen Fassung der Diagnose und Prognose, während bei Frauen auf das negative Zeichen weniger Gewicht zu legen ist. Das Vorhandensein dagegen dieses Saumes ist für ihn ein Beweis für Tuberculose. Saunders und Draper fanden, dass dieser Saum keineswegs charakteristisch für Tuberculose sei und dass er bei schwangeren Frauen und kurz nach der Entbindung häufig gefunden werde. Ruehle erwähnt diesen Saum, sagt dass er oft bei Phthisikern, aber ebenso oft bei anderen Personen vorkomme. Sticker untersuchte 1000 Kranke jeder Art auf diesen Saum und kommt zum Schluss, dass der scharf begrenzte rothe Zahnfleischsaum in der Phthise fast ausnahmslos vorhanden sei und namentlich im Jünglingsalter unter den ersten Zeichen der Krankheit auftrete. Er zeige sich mit einer grösseren Unregelmässigkeit in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft und bestehe noch einige Zeit nach ihrem Ablaufe. Nach Sticker sind die Krankheitserscheinungen, welche erfahrungsgemäss der ausgesprochenen Tuberculose vorausgehen können (Pseudochlorose, Erethismus cordis, Dyspepsien) mit einer sehr grossen Wahrscheinlichkeit als Ausdruck latenter Tuberculose aufzufassen, wenn der rothe Zahnfleischsaum mit ihnen gleichzeitig besteht, mit Sicherheit bei jugendlichen Individuen. Das Fehlen dieses Saumes unter jenen Umständen ist, wenn es sich um weibliche Personen handelt, für die Diagnose bedeutungslos; handelt es sich dagegen um jüngere männliche Individuen, so ist der Verdacht auf latente Tuberculose sehr zurückzuhalten, wenn der rothe Saum fehlt.

Nachdem ich 800 Kranke, wie sie in die Behandlung eines Arztes an einem klimatischen Curort kommen — also besonders Lungenkranke, Tuberculöse oder der Tuberculose Verdächtige, Anaemische jeglicher Art — auf den Saum untersucht, komme ich im Allgemeinen zu denselben Schlüssen wie Sticker. Von 800 Untersuchten zeigten den Saum 92 Kranke, von denen 69 notorisch tuberculös waren mit Bacillen im Auswurf, 23 mehr oder weniger der Tuberculose verdächtig waren, sei es durch ihren Habitus oder Lungenbefund. Im Ganzen fanden sich unter 800 Kranken 83 Kranke mit Lungentuberculose (60 Männer und 23 Frauen) und 56 der Tuberculose Verdächtige, (20 M. u. 36 Fr.) im Ganzen 139 Kranke (80 M. u. 59 Fr.), bei denen auf den Zahnfleischsaum wiederholt geachtet wurde, soweit das einem Arzt mit einer Clientel, die beständig wechselt, möglich ist.

Von 60	tub. Männern	zeigten den Saum	49	=	80,1 pCt
» 23	» Frauen	» » »	20	=	86,8 »
» 20	der Tuberc. verdächtigen Männern		12	=	60,0 »
» 36	» »	» Frauen	11	=	30,5 »

Was nun den Verlauf der Krankheit bei diesen Kranken betrifft, so ist derselbe aus folgender Tabelle ersichtlich. + bezeichnet günstigen oder sehr chronischen Verlauf — ungünstigen progressiven Verlauf.

Tuberculöse mit Saum: 69 (49 M., 20 Fr.); + 38 (28 M., 10 Fr.), — 31 (21 M., 20 Fr.).

Tuberculöse ohne Saum: 14 (11 M., 3 Fr.); + 14 (11 M., 3 Fr.).

Was die der Tuberculose suspecten Patienten betrifft: Mit Saum 23 (12 M., 11 Fr.); + 17 (7 M., 10 Fr.), — 6 (5 M., 1 Fr.). Ohne Saum 33 (8 M., 25 Fr.), + 29 (6 M., 23 Fr.), — 4 (2 M., 2 Fr.).

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass der grösste Theil meiner Kranken mit Lungentuberculose den Zahnfleischsaum aufwies und sämmtliche Kranke ohne Saum einen günstigen Verlauf ihrer Krankheit zeigten. Es scheint daher dieses Zeichen für die Diagnose und Prognose der Tuberculose eine gewisse Bedeutung beanspruchen zu können. Mir wenigstens hat die Berücksichtigung dieses Symptoms wiederholt in fraglichen Fällen möglich gemacht die Diagnose früh zu stellen und mir über prognostische Schwierigkeiten hinübergeholfen.

Ich glaube nicht, dass der fragliche Saum ein Ausdruck der Tuberculose ist, es scheint mir aber, dass die Individuen mit dem Saum zu der Infection mit Tuberculose disponirt sind, daher leichter erkranken und einen ungünstigeren Krankheitsverlauf zeigen. Ein Verschwinden des Saumes habe ich nie beobachten können, häufig aber ein Blasserwerden des Saumes bei Besserung des Allgemeinbefindens, ein Rötherwerden bei Fieber und Exacerbation der Krankheit. Was nun den Typus der Kranken mit Saum betrifft, so waren es nach meinen Beobachtungen meist erblich belastete jüngere Individuen mit zarter Haut und erregbarem Gefässsystem, fast nie kräftige Individuen mit normalem Gefässsystem.

Jalta, December 1894.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Julius Litten: Der Bandwurm. Eine ärztliche Humoreske. Berlin, F. A. Günther's Zeitungsverlag.

Freunde des Humors, der sich in letzter Zeit immer mehr auch des ernsten Gebietes der Medicin bemächtigt, machen wir auf die genannte satirische Humoreske aufmerksam. Vom Inhalt derselben wollen wir nichts verrathen, um dem Leser nicht das Salz vor dem Munde wegzunehmen.

Klinische Abbildungen. Sammlung von Darstellungen der Veränderung der äusseren Körperform bei inneren Krankheiten. In Verbindung mit Dr. Schüffner herausgegebenvon Prof. Dr. H. Curschmann. Berlin, Verlag von Julius Springer 1894.

Wenn wir bisher gewohnt waren nur Erzeugnisse der bildenden Künste in vollendetster Weise graphisch reproducirt und geschmackvoll gesammelt zu sehen, so hat uns das alte Jahr noch ein Meisterwerk in Gestalt des Curschmann'schen Albums auf den Büchertisch gelegt, bei dem Kunst und medicinische Wissenschaft gewetteifert haben etwas Unerreichtes zu liefern.

An der Leipziger medicinischen Klinik ist auf Veranlassung des Herausgebers ein grosses photographisches Laboratorium eingerichtet, von welchem zu Lehrzwecken der ausgiebigste Gebrauch gemacht wird. Der dort stets anwachsenden Sammlung sind vom Verfasser 57 der typischsten Photographieen entnommen worden und dieselben in Kupferätzung reproducirt. Einer jeden Tafel (in folio) ist ein kurzer Text beigegeben, welcher Angaben über die anamnestischen und persönlichen Verhältnisse des Falles, sowie Hinweise auf das, was die Abbildung besonders zeigt, enthält. In diesem ersten Bande, dem mit der Zeit noch andere folgen sollen, sind eine Reihe der am meisten charakteristischen Nervenkrankheiten abgebildet, (wir vermissen leider nur noch das Myxödem), dann Geschwulstbildungen, sichtbare Aneurysmata der Aorta, Fissura sterni congenita und manches andere. Alle diese Tafeln sind auch einzeln käuflich. In der äusseren Ausstattung hätte schlechterdings nicht mehr geleistet werden können. Wir glauben das schöne Werk als Nachschlagebuch und besonders als Hilfsmittel beim Unterricht in Kliniken und Hospitälern auf das Wärmste empfehlen zu dürfen.

Kallmeyer.

Protokolle des VI. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wolmar.
5.–7. September 1894.

Vierte Sitzung.

Dienstag den 6. September 1894. 4 Uhr Nachmittags.

(Schluss).

f) Herr Prof. Dr. Petersen führt bezüglich der im Laufe der Discussion erwähnten Todesfälle an, dass beide Mal Contraindication gegen Injection vorhanden war, nämlich Lungenaffection resp. schlechter Ernährungszustand; in solchen Fällen würde zur Friction zu schreiten sein. Gegenüber dem von Dr. Berg vertretenen Standpunkte betont Redner nochmals, dass er auf Grund seiner Erfahrungen Friction und Injection für gleichwerthig halte. Im Principe stimmt Redner mit Dr. v. Bergmann darin überein, dass stationäre Behandlung resp. zeitweilige Entfernung aus den Arbeitsverhältnissen des Patienten sehr wünschenswerth ist; leider aber giebt es unzählige Patienten, die sich für die Zeitdauer der Cur eben nicht von ihrer Arbeit frei machen können, da ist denn die Injectionscur ambulatorisch leichter durchzuführen. Wie führt der Bauer eine Frictionsbehandlung in seiner Hütte durch? fast ausnahmslos schlecht! Die alleinige Behandlung mit Jodkali genügt nicht, der P. muss Hg bekommen — in solchem Falle ist die Cur mit einmal wöchentlicher Injection von Hg praktisch durchführbar, wie die Erfahrung lehrt.

Dr. v. Bergmann meinte, die Syphilistherapie habe keine Fortschritte gemacht, wir begegneten jetzt häufiger der Tabes und progressiven Paralyse! — Es wäre sehr interessant, hierfür den statistischen Nachweis zu haben. Der Umstand, dass die Zahl der tertiären Syphilitischen abgenommen hat, spricht doch für vorhandenen Fortschritt; wir sehen heutzutage weniger durch Syphilis Entstellte als früher.

g) Herr Dr. A. Schneider-Trikaten: Bezugnehmend auf die Erörterung des Herrn Prof. Petersen, welche Art der Syphilisbehandlung auf dem Lande die zweckmässigste sei, ist zu erwidern, dass sie alle hier ganz besonders schwer durchführbar sind. Die Kranken suchen sich der Behandlung, wenn irgend möglich, zu entziehen. Zur Illustration diene ein Fall, der sich kürzlich im Trikatenschen Kirchspiel abspielte: Ein Kranker mit frisch acquirirter Lues entzog sich nach 8-tägiger stationärer Inunctionscur der Behandlung trotz aller Einwände und des Hinweises auf die ihm und seiner zahlreichen Umgebung drohenden Gefahren. Behufs Vermeidung weiterer umfangreicher Infectionen musste die polizeiliche Hülfe requirirt werden, um den Kranken im Kreishospital interniren zu lassen. Da auch zu den Injectionscuren wie zu anderen Applicationsmethoden die Kranken bei weiter Entfernung der Wohnorte vom Arzte sich ungern einstellen, so bleibt nur der gesetzliche Weg der Anzeige übrig, falls der Kranke sich der Behandlung entzieht.

h) Herr Dr. Reussner hält die Hinzuziehung der Polizei behufs Internirung Luetischer im Krankenhause für unpraktisch. Das Publicum werde vor der ärztlichen Behandlung zurückgeschreckt werden; als weitere Consequenz sei das Ueberhandnehmen der Feldscherpraxis zu befürchten.

7. Vorschläge und Berathungen über die zu ergreifenden Maassnahmen behufs Verhütung und Bekämpfung der Syphilis in Livland.

Nachdem Herr Dr. G. Apping für diesen Punkt der Tagesordnung das Präsidium übernommen, ergreift Herr Dr. H. Truhart das Wort:

M. H. Vereint mit den erschreckenden Ziffern bezüglich des Herrschens der Lues in Livland haben die heutigen Vorträge über die Syphilis und deren perniciösen Einfluss auf den menschlichen Organismus ein grelles Bild entrollt über die folgeschweren Gefahren, die dem sanitären und volkswirthschaftlichen Wohl der Landesbevölkerung aus der Weiterverbreitung dieser Volksseuche erwachsen. Zahlreich, heimtückisch zähe und stark ist der Feind, dem wir heute gegenüberstehen. Der gemeinsamen Arbeit auf unseren Aerztetagen ist es aber gelungen, manch schöne Frucht zu zeitigen auf dem Gebiete des Volkswohls und wenn auch der Kampf gegen die Lues weit die Grenzen unseres fachwissenschaftlichen Könnens überschreitet und Maassnahmen erfordert, deren Durchführung zu den schwierigsten Aufgaben des Sanitätswesens gehört, so kann uns solches ja nur zu weiterem Sporne dienen, wenigstens die uns zufallende Pflicht auch auf diesem Gebiete den Zielen unserer Gesellschaft getreu gewissenhaft zu erfüllen. Einen Plan des Kampfes gilt es zu entwerfen und schlüssig zu werden über die geeignetsten Mittel und Wege, die den Verwaltungsorganen unseres Landes und den gesetzgebenden Körperschaften zu unterbreiten wären zu weiterer Förderung. Fragen von so weitgehender Tragweite können ja unvorbereitet nie in so grossen Versammlungen gelöst werden, zunächst würde

es sich daher darum handeln, aus unserer Mitte heraus eine Commission zu erwählen, welche die Aufgabe hätte, zunächst nach allen Richtungen hin den Stoff zu verarbeiten, die einzelnen Kampfesmittel eingehender Prüfung zu unterwerfen und die Wege zu kennzeichnen, auf welchen am geeignetsten das zu erstrebende Ziel zu erreichen. Bei der dieser Aufgabe innewohnenden Schwierigkeit erscheint es mir nun überaus wünschenswerth, dass einer solchen Commission eine gewisse Directive gegeben würde, ausgehend von unserer Versammlung. In diesem Sinne erlaube ich es mir, Ihnen, meine Herren, schon heute einige principielle Fragen und Gesichtspunkte, über welche College A. v. Bergmann und ich uns zuvor verständigt, zur Berathung und Discussion zu unterbreiten. Ich fasse sie zusammen in folgende einzelne Punkte, die wir für den Plan der Bekämpfung der Lues in's Auge gefasst:

1) Vaccination ausschliesslich mit animaler Lymphe.
2) Obligatorische Controlle der Ammen und Ziehmütter.
3) Reorganisation der Beaufsichtigung der Prostituirten.
4) Internirung der Prostituirten für die ersten 3 Jahre nach der Infection in Asylen oder Arbeitshäusern.
5) Aerztliche Besichtigung aller, speciell auch der auf Transport befindlichen Arrestanten.
6) Die gleiche Untersuchung der auf Urlaub entlassenen oder verabschiedeten Soldaten.
7) Sanitäre Controlle aller Genossenschaften, Arbeiter-, Commis- und Studentenvereine etc.
8) Aerztliche Attestate, die zur Eheschliessung berechtigen.
9) Principielle Verwerfung der ambulatorischen Behandlung Syphilitischer.
10) Unentgeltliche Hospitalbehandlung unbemittelter Syphilitiker.
11) Bindende Instruction für die mit der Untersuchung von Prostituirten betrauten Aerzte.

Discussion:

a) Herr Dr. Fr. Voss spricht die Muthmaassung aus, dass bei den in Betreff der Schutzpockenimpfung erwähnten Maassnahmen der erhöhte Kostenpunkt ein praktisches Hinderniss bieten dürfte.

b) Herr Dr. Truhart betont die Nothwendigkeit der Gesetzeskenntniss unter den Aerzten, welche keinen Zweifel darüber aufkommen lässt, wo und wie man animale Lymphe in grossen Quantitäten unentgeltlich erhalten kann; zwei Mal im Jahre habe er sich als Kreisarzt durch die Medicinal-Abtheilung mit für den ganzen Kreis ausreichender animaler Lymphe kostenfrei versorgen können.

c) Herr Dr. J. Sadikoff schlägt vor, den Punkt, «dass nur mit animaler Lymphe zu impfen sei», folgender Maassen zu fassen: «nur Aerzten ist es gestattet, mit anderer als animaler Lymphe zu impfen».

d) Herr Dr. Prof. Petersen erklärt sich für die obligatorische Controlle der Ammen und Kinderwärterinnen und ihre gesetzmässige Beprüfung auf etwa vorhandene Syphilis.

e) Herr Dr. C. Dahlfeldt: In gleicher Weise müsste dafür Sorge getragen werden, dass den Ammen keine syphilitischen Kinder zugewiesen werden.

f) Herr Dr. A. v. Bergmann: die in Rede stehenden Maassregeln gelten natürlich in erster Linie für das flache Land, wo die Zahl der Luetischen den Kampf gegen die Krankheit noch einigermaassen aussichtsvoll gestaltet. In der Stadt ist die Verbreitung eine derartige, dass keine Commune die Kosten eines rationellen Kampfes bezahlen kann. Auf dem Lande dürfte es sich als möglich erweisen, die meisten Leute durch richtige Vorstellungen zur Vernunft zu bringen. Gegen die Unvernünftigen giebt das Gesetz die entsprechenden Anhaltspunkte behufs Isolirung der Kranken.

g) Herr Dr. Fr. Voss hält den Ausweg des requisitorischen Vorgehens nicht für vereinbar mit der Wahrung des Amtsgeheimnisses, zu welchem jeder Arzt verpflichtet ist.

h) Herr Dr. P. Kalning: Nicht allein wegen der hierin liegenden Verletzung des Amtsgeheimnisses sollte man sich hüten alle Syphiliskranken zur Anzeige zu bringen, — sondern hauptsächlich deswegen, weil die Kranken sich der Behandlung des Arztes entziehen werden, wenn er ihr Geheimniss nicht bewahrt.

i) Herr Dr. Truhart schliesst sich den Ausführungen des Dr. Kalning an. Nicht jeder Syphiliskranke sollte angezeigt werden, sondern nur der jegliche Behandlung consequent verweigernde.

k) Herr Dr. G. Apping berichtet, dass er seit Jahren auf dem Lande nur dann Syphilitische ambulant behandelt, wenn sie sich allen ärztlichen Vorschriften bedingungslos fügen, vor Allem ein Mal wöchentlich sich vorstellen. Thun die Patienten dieses nicht, so requirirt er die Polizei, sobald er der Meinung ist, dass durch den Kranken Gefahr für die Umgebung erwächst.

l) Herr Dr. A. Schneider: Auf den Einwand des Dr. Voss, dass die Anzeige bei der Polizei mit dem Amtsgeheimniss in Widerspruch stehe, ist zu bemerken, dass wir vor 2 Uebeln stehen: entweder wir bewahren das Amtsgeheimniss und setzen dadurch viele Menschen einer Ansteckung aus (wie in dem oben angeführten Falle, wo der betreffende Kranke mit ca. 15 Personen in einem Zimmer wohnte, mit einem grossen Theil seiner Stubengefährten aus einer Schüssel ass und beständigen Umgang hatte) oder aber wir müssen, um weiteres Unglück zu verhüten, das Amtsgeheimniss brechen. Dieses letztere scheint mir das kleinere von beiden Uebeln. Natürlich sollte die Anzeige nur dann geschehen, wenn der Kranke eine Behandlung verweigert.

m) Herr Dr. J. Sadikoff: Es ist dem Kranken freizustellen, ob das Geheimniss bewahrt werden soll oder nicht, wobei Pression auf ihn ausgeübt wird, sich behandeln zu lassen, d. h. man stellt ihm die Anzeige bei der Polizei und zwangsweise Behandlung im Hospital in Aussicht für den Fall, dass er sich der Behandlung entzieht. Es liegt also in praxi kaum ein Bruch des Amtsgeheimnisses hierbei vor.

n) Herr Dr. A. Trou: Im Einzelfalle, wo der Patient an den Amtseid des Arztes appellirend um Geheimhaltung seiner Krankheit bittet, werden wir das Versprechen der Geheimhaltung nur bedingungsweise geben. Wir werden dieselbe davon abhängig machen, ob der Patient unsere Vorschriften genau und bis zuletzt befolgt. Entzieht der Kranke sich vor Beendigung der Cur der Beobachtung, so sind wir unsres nur bedingungsweise gegebenen Versprechens entbunden und sind dann gesetzlich sowohl als auch moralisch berechtigt und verpflichtet über seinen Zustand Bericht zu erstatten.

o) Herr Prof. Dr. Petersen: Die oben verhandelte Frage ist der Gegenstand der Berathung einer Reihe von Sitzungen der russischen dermatologischen Gesellschaft gewesen. Dort kam man zum Schluss, dass die vom Staate angestellten Aerzte verpflichtet sind, gehörigen Ortes Anzeige über syphilitische Patienten zu machen, die Privatärzte aber nicht.

p) Herr Dr. Reussner ist der Meinung, dass die Wahrung des Amtsgeheimnisses nur da in Frage kommt, wo der Patient sich selbst müht und einer Cur unterzieht. Weigert er sich das Nöthige zu thun, und misstraut er dem Arzte, so scheint der Arzt berechtigt, dem Kreisarzte über den Kranken Mittheilung zu machen, sei es auch nur aus dem Wunsch, dem Kranken zu helfen. Dieser Modus müsste sich ohne weitere Unannehmlichkeiten und praktische Schwierigkeiten handhaben lassen. Selbstverständlich liegt kein Grund vor, den Zustand der Patienten Unberufenen zu verrathen.

q) Herr Dr. E. Fischer hält es für nothwendig und zeitgemäss, Schritte zu thun für die Befreiung der Aerzte von der Leistung des Amtseides, der sie eventuell mit gesetzlichen Forderungen in Conflict bringt. Infectionskrankheiten müssen nach heutigem Gesetze zur Anzeige gebracht werden; Die Syphilis ist eine solche, folglich dürfte der Arzt sie nicht verheimlichen, sondern hat über sie zu berichten.

r) Herr Dr. J. Sadikoff: Es existirt bereits eine gesetzliche Bestimmung darüber, dass jeder entlassene Militär durch die Polizeiverwaltung einem Arzte zur Besichtigung vorgestellt werden muss und werden über diese Besichtigungen Bücher geführt. Stellt sich ein Reservist als krank heraus, so wird er durch die Polizeiverwaltung der localen Militärverwaltung zur Uebergabe an ein Hospital zugestellt. Erst nach seiner Genesung wird er von der Civilverwaltung acceptirt.

s) Herr Dr. C. Dahlfeldt hält die gründliche Aufklärung des Publicums über das Wesen der Syphilis für das einzige aussichtsvolle Schutzmittel gegen die Verbreitung der Krankheit und erklärt sich für Hinwegräumung des geheimnissvollen Dunkels, welches von Laien wie von Aerzten um das Wesen der Lues und um die concreten Krankheitsfälle verbreitet wird.

Zum Schluss verliest Dr. H. Truhart in Abwesenheit des Herrn Dr. R. Heerwagen-Riga folgenden von letzterem im Auftrage des III. Livl. Aerztetages ausgearbeiteten «Entwurf einer Instruction für die mit der Untersuchung von Prostituirten betrauten Aerzte», welcher die Zustimmung der Versammlung erhielt.

1) Die Untersuchung ist in einem besonderen, zu diesem Zwecke geeigneten Local vorzunehmen. In der Wohnung der Prostituirten darf dies nur ausnahmsweise mit Bewilligung der Aufsichtsbehörde und nur dann geschehen, wenn der Raum hell ist und wenn ausreichende Beleuchtung auch für die Untersuchung in liegender Stellung gewährleistet ist.

2. Die zu Untersuchende darf ausser Hemd und Pantoffeln keine Kleidungsstücke anhaben, auch diese sind im Bedarfsfalle zu entfernen. Schminke, Poudre und dergl. sind nicht zu dulden.

3) Bei der Untersuchung ist zunächst die Haut des Gesichts, des Kopfes, der Ohren, des Nackens, der Arme und der Hände zu besichtigen, die Conjunctiva palpebr. auf etwaige Erkrankungen zu untersuchen, darauf bei aufgeknöpftem, resp. vom Körper genügend abgezogenem Hemde, die Haut der Brust — wobei eine Mamma pendula stets aufzuheben ist — und des Rückens. Hierbei ist expl. zu veranlassen, einige Worte zu sprechen, damit etwaige Heiserkeit bemerkt wird.

Hierauf wird zur Auffindung etwa geschwellter Lymphdrüsen der Hals und die Ellenbogenbeugen abgetastet.

Sodann werden Lippen und Wundwinkel, die Zunge und der harte Gaumen und unter Anwendung des Spatels die Wangenschleimhaut, der weiche Gaumen und die Rachengebilde inspicirt.

Nunmehr hat sich die zu untersuchende Person auf den Explorationsstuhl zu setzen, resp. auf die Couchette zu legen. Das Hemd wird weit nach oben geschlagen, die Haut des Bauches und der Schenkel in Augenschein genommen, die Leistengegend abgetastet. Hierauf sind die Nates auseinanderzuziehen um den After frei sehen zu können, die äusseren Genitalien und bei auseinandergezogenen Schamlippen der Scheideneingang. Hierauf ist der Zeigefinger an der hinteren Wand der Scheide hinaufzuführen, bis die Fingerkuppe den oberen Rand der Symphyse erreicht und mit der Fingerkuppe die Harnröhre zur Mündung hin abzustreichen.

Schliesslich ist mittelst Mutterspiegels die Scheidenschleimhaut und der Scheidentheil der Gebärmutter in Augenschein zu nehmen, wobei störende Schleimmengen durch Wattebäusche zu entfernen sind. Hierbei ist der Mutterspiegel mit Glycerin, nicht mit Fett oder Oel zu bestreichen.

2) Sollte sich bei der Untersuchung einer der sistirten Personen herausstellen, dass dieselbe noch nicht entjungfert ist, so ist von der Untersuchung mittelst Mutterspiegels Abstand zu nehmen; desgleichen, wenn eine der regelmässig kommenden Prostituirten zur Zeit grade menstruirt ist.

5) Nach der Untersuchung einer jeden Person sind die bei derselben benutzten Instrumente mit Bürste, Seife und heisser Sodalösung (1 pCt.) zu reinigen und in 3 pCt. Carbolsäurelösung unterzutauchen. Dies wird natürlich besonders gründlich vorzunehmen sein, wenn die vorher untersuchte Person sich als syphilitisch oder der Syphilis verdächtig erwiesen hat.

Anmerkung. Den Herren Untersuchungsärzten wird ferner empfohlen es sich angelegen sein zu lassen, dass jede Prostituirte ein Speculum und einen Spatel ausschliesslich zum persönlichen Gebrauch hat.

6) Die Internirung der Untersuchten in einem Krankenhause ist zu veranlassen, wenn dieselbe eins oder mehrere folgender Symptome aufweist:

a) Eitriger Vaginalcatarrh.
b) Eitriges Secret der Cervix uteri oder Erosionen am Muttermund.
c) Eitriges oder schleimiges Secret der Harnröhre.
d) acute Bartholinitis.
e) eitriges oder schleimiges Secret der Bartholinischen oder Periurethral-Drüsen.
f) Condylomata acuminata.
g) Schanker, an welcher Stelle des Körpers sie sich befinden, mögen, und alle anderen eiterabsondernden Flächen und Erosionen innerhalb, an oder in der Nähe der Genitalien.
h) Bubonen.
i) Syphilitische Initialsclerose sowie deren Reste in Form von mehr oder weniger weichen Infiltraten; sowie alle Erscheinungen, welche den Verdacht erregen, Initialsclerosen zu sein.
k) Alle syphilitischen Eruptionen auf der Haut und Schleimhäuten, welche der condylomatösen (secundären) Periode der Syphilis angehören, sowie alle Erscheinungen, welche den Verdacht erregen, solche Eruptionen zu sein.
l) Krätze.
m) Filzläuse.
n) Symptome aller übrigen localen oder allgemeinen Krankheiten, welche von Person zu Person übertragbar sind.

Anmerkung. Es ist erwünscht, dass die Herren Untersuchungsärzte darauf hinwirken, dass syphilitische Prostituirte im Laufe der ersten zwei Jahre ihres Leidens in regelmässigen Intervallen — auch wenn die Syphilis sich nicht grade durch sichtbare Erscheinungen manifestirt — antiluetischer Behandlung unterzogen werden.

Entsprechend dem Eingangs gemachten Vorschlage wählt die Versammlung eine Commission, welcher die Aufgabe gestellt wird, auf Grund der oben angeführten Gesichtspunkte nebst den in der Discussion vorgeschlagenen Amendements einen Entwurf über die zum Kampf gegen die Syphilis erforderlichen Maassregeln gedruckt den Mitgliedern der Gesellschaft livländischer Aerzte vor dem nächsten Aerztetage zuzustellen und denselben auf dem nächsten Aerztetage zur Discussion und Entscheidung zu bringen. Zu Gliedern dieser Commision werden erwählt Dr. H. Truhart, Dr. Zoege von Manteuffel, Dr. Ströhmberg (Dorpat) und Dr. R. Heerwagen, Dr. A. v. Bergmann (Riga). Letzterer wird, nachdem Dr. Truhart die Wahl abgelehnt, zum Präses dieser Commission erwählt.

Fünfte Sitzung.

Mittwoch, den 7. September 1894. 9 Uhr Morgens.

1) Herr Docent Dr. L. Kessler hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die Wichtigkeit frühzeitiger Erkenntniss des Gebärmutterkrebses». (Erscheint demnächst in der St. Petersb. medic. Wochenschrift.)

2. Herr Dr. Albert Behr hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber die schriftstellerische Thätigkeit Geisteskranker.» (Der Vortrag wird in extenso an anderer Stelle abgedruckt werden.)

Im Zusammenhange mit der Demonstration einer reichhaltigen Collection von Drucksachen, die von Paranoikern veröffentlicht waren, bespricht Vortragender verschiedene Symptome und Erscheinungsformen der Paranoia. Uebereinstimmend mit der Magnan'schen Eintheilung der Paranoia constatirt Vortragender in den vorliegenden schriftstellerischen Productionen eine unverkennbare Zweitheilung: in dem einen Theile derselben sei eine logische Gedankenfolge vorhanden, das Bewusstsein der Verfasser erscheine ungetrübt. Auf Schritt und Tritt lässt sich die illusionäre resp. hallucinatorische Verfälschung der Wirklichkeit nachweisen. Diese sogenannte Paranoia der Entarteten zeichnet sich dadurch aus, dass während der ganzen Lebensdauer des Patienten die Krankheit einen constanten Charakter trage, während dagegen die andere Form durch verschiedene Phasen hindurch allmählich zum Schwachsinn führe. Die schriftstellerischen Erzeugnisse der Paranoiker, welche zur letzteren Gruppe gehören, enthalten die absurdesten Ideen in verworrener, höchst gesuchter, breitspuriger Fassung: Neugebildete Worte, erdachte Lettern, nicht zu enträthselnde Ausdrucksweisen zeigten zur Genüge, dass die Autoren mit der Mitwelt und der Wirklichkeit endgültig gebrochen hätten.

Weiterhin besprach der Vortragende das Verhältniss der Paranoischen zu den Entarteten (Degenerirten), betonte die Wichtigkeit der Kenntniss der letzteren Gruppe besonders für den Gerichtsarzt und schildert an der Hand von Krankengeschichten das Leben zweier geisteskranker «Scribenten», die er beobachtet hatte und die zu dieser Gruppe gehörten. (Autoreferat.)

3) Herr Dr. Truhart hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Augenmuskellähmungen» (wird in der Petersburger medicinischen Wochenschrift erscheinen).

4) Herr Dr. A. v. zur Mühlen hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber complicirte Schädelbrüche.» (Cf. St. Pet. medicin. Wochenschr. 1895 Nr. 9.)

5) Herr Dr. A. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Behandlung». (Erscheint demnächst in der St. Petersburger medicin. Wochenschrift.)

6) Der Präses Herr Dr. Truhart giebt einen Rückblick auf die Thätigkeit und den Verlauf des VI. livländischen Aerztetages und stellt an die Versammlung die Frage, ob eine Abänderung oder Ergänzung der Statuten (Cf. § 23) gewünscht werde. Die Frage wird einstimmig im verneinenden Sinne beantwortet.

7) Der Aerztetag wird statutengemäss durch den örtlichen Kreisarzt Herr Dr. G. Apping geschlossen.

D. z. Secretair Drd. med. E. Sokolowski.

Vermischtes.

— Der Director der therapeutischen Klinik der militär-medicinischen Academie, Prof. Dr Leo Popow, ist von der Gesellschaft Donischer Aerzte in Nowotscherkask zum Ehrenmitgliede gewählt worden. (Russ. Med.)

— Dem Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Fürst Tarchan-Mourawow, wurde am Tage seines 25-jährigen Jubiläums von einer Deputation der hiesigen Gesellschaft Russischer Aerzte das Ehrenmitglieds-Diplom dieser Gesellschaft überreicht. Ferner erhielt er Glückwunsch-Adressen von den ärztlichen Vereinen in Nowgorod, der Marineärzte in Kronstadt, sowie von den in seinem Institut arbeitenden Aerzten und den Studirenden der Academie, welche letztere dem Jubilar zugleich einen goldenen Jeton darbrachten.

— Am 6. März beging der Director des hiesigen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Prof. emer. Dr. Nikolai Sklifassowski das 25-jährige Jubiläum seiner Lehrthätigkeit, bei welcher Gelegenheit demselben zahlreiche Glückwünsche persönlich dargebracht und von einer ansehnlichen Zahl von Deputationen, Adressen überreicht wurden. Auch aus dem Auslande waren Glückwunschschreiben und Telegramme eingelaufen, so von den Professoren v. Bergmann und A. Bardeleben aus Berlin, vom Centralverein der schweizerischen Aerzte, von der Kopenhagener medicinischen Facultät, von den medicinischen Gesellschaften in Sophia und Sistowo u. s. w.

— In der militär-medicinischen Academie wird gegenwärtig die Büste des im October 1888 verstorbenen ehemaligen Professors und Directors der chirurgischen Hospitalklinik der Academie Dr. E. J. Bogdanowski, aufgestellt und soll in nächster Zeit feierlich enthüllt werden. Der Ueberschuss, der durch die Sammlung aufgebrachten Gelder, welcher nach Be-

streitung der Baukosten für's Denkmal übrig geblieben ist, wird zur Stiftung eines Stipendiums auf den Namen Bogdanowski's verwandt werden.

— Der Professor der militär-medicinischen Academie W. E. Woronzow begeht nicht am 28. September, sondern wie der «Wratsch» aus vollkommen sicherer Quelle erfahren haben will, bereits am 22. März d. J. sein 25-jähriges Jubiläum.

— Verstorben: 1) Am 27. Februar in St. Petersburg der ehemalige Abtheilungschef der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, Geheimrath Dr. J. W. Lebedew, im Alter von 68 Jahren. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in der medico chirurgischen Academie erhalten, an welcher er von 1849 bis 1854 studirte. Nach Absolvirung des Cursus mit der goldenen Medaille wurde L. als Beamter des Militär-Medicinaldepartements angestellt. diente darauf als Arzt im Reserve-Sappeur-Bataillon und während des Krimkrieges als Secretär der Verwaltung des Stabsdoctors der Westarmee. Nach dem Krimkriege bekleidete der Verstorbene successive den Posten eines Mitgliedes des Medicinalconseils des Zarthums Polen, eines Ordinators des Peterhofer, dann des ersten St. Petersburger Militärhospitals. Die letzten Dienstjahre verbrachte er in der Stellung des Chefs der II. Abtheilung der Ober-Militär Medicinalverwaltung, bis er vor etwa 6 Jahren wegen zerrütteter Gesundheit seinen Abschied nahm. 2) Am 14. Februar in St. Petersburg der frühere Militärarzt Dr. L. Murisier im 53. Lebensjahre. Der Verstorbene war ein geborener Schweizer und hatte das Studium der Medicin in Paris begonnen, musste aber, da er lungenkrank wurde, dasselbe dort aufgeben und zur Wiederherstellung seiner Gesundheit zu seinen Verwandten nach Russland zurückkehren. Zwei Jahr später setzte er seine Studien an der Moskauer Universität fort, an welcher er 1874 auch den Arztgrad erlangte. Nachdem er sodann 5 Jahre als Militärarzt gedient, sah er sich wegen des wieder auftretenden Lungenleidens gezwungen seinen Abschied zu nehmen. In den letzten 10 Jahren bekleidete er die Stellung eines Secretärs beim Director der Alexandrowschen Stahlgiesserei hierselbst. 3) Am 23. Februar in St. Petersburg der ehemalige Arzt am Marine-Untersuchungsgefängniss in Kronstadt, Carl Krassnopolski, im 62 Lebensjahre. 4) In Jekaterinodar der jüngere Arzt des Kutaischen Militärlazareths, M. A. Robinson, im Alter von 37 Jahren an Phthisis. Er hat seine Frau ganz mittellos zurückgelassen. 5) In Jekaterinodar die freiprakticirende Aerztin Wera Chmara-Goldfeld, 33 J. alt, welche sich wegen Mangel an Existenzmitteln mit Carbolsäure vergiftet hat. 6) In Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. Waldau, einer der ersten Assistenten und Mitarbeiter Prof. Albert v. Graefe s. 7) Am 3. März n. St. in London der ehemalige Professor der Anatomie und Physiologie und spätere Chirurg am Bartolomews-Hospital, Dr. William Savory, in hohem Alter. Der Verstorbene gehört zu den fruchtbarsten medicinischen Schriftstellern. Die Wissenschaft verdankt ihm zahlreiche pathologisch-anatomische Beobachtungen, experimentell pathologische Studien und klinische Forschungen.

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission hat angesichts des Umstandes, dass die Dumaärzte zur Behandlung der mit jedem Tage zunehmenden Zahl von Influenzakranken nicht mehr hinreichen, zumal einige Dumaärzte selbst an der Influenza erkrankt sind, die Bezirks-Sanitätscuratoren ermächtigt, im Bedarfsfalle ausseretatmässige Ambulanzärzte in den Dienst zu stellen unter den für solche Fälle vorgesehenen Honorar-Bedingungen. Im Falle der Erkrankung eines Dumaarztes ist als Ersatzmann ein freiprakticirender Arzt zu engagiren unter den für den Dienst der Dumaärzte bestehenden Bedingungen.

— Der Preis für das Diphtherie-Heilserum ist von der chemischen Fabrik vormals Schering (Berlin) für die Universitätskliniken, öffentlichen Krankenhäuser. Armenanstalten und dergl. um 50% ermässigt worden.

— Wie verlautet, sollen vom St. Petersburger Stadtamt besondere Jetons an alle diejenigen ausgereicht werde, welche sich während der überstandenen Choleraepidemie in St. Petersburg an der Bekämpfung derselben betheiligt haben. Die Sanitätscommission ist damit beschäftigt, ein genaues Verzeichniss derjenigen Personen aufzustellen, welche an der Bekämpfung der Epidemie mitgewirkt haben.

— Ueber den Stand der Cholera in Russland ist in der letzten Woche kein officielles Bulletin erschienen. In Konstantinopel erkrankten vom 17.—21. Februar 14 Personen an der Cholera und starben 6. Im Ganzen sind seit dem 2. November v. J. daselbst 254 Personen an der Cholera erkrankt und 131 gestorben. Galizien ist für cholerafrei erklärt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. März d. J. 7204 (78 weniger als in d. Vorwoche), darunter 239 Typhus — (31 weniger), 774 Syphilis — (55 wenig.), 125 Scharlach — (15 wen.), 24 Diphtherie — (4 wen.), 21 Masern — (4 mehr) und 19 Pockenkranke (1 weniger).

Vacanzen.

1) Es wird ein erfahrener Arzt zur Leitung eines Fabrikhospitals gesucht. Gehalt 1200 Rbl. jährlich, freie Wohnung mit Beheizung und Beleuchtung und ein Pferd zur Benutzung. Adresse: Билимбаевскій заводъ, Пермской губ., Управляющему Вруно Эрнестовичу Бабель.

2) Für ein grosses Kirchdorf von 10,000 Einwohnern wird ein freiprakticirender Arzt gewünscht. Von 15 Familien wird ein Fixum von 450 R. und freie Wohnung garantirt. Adresse: «Село Лавдовская Балка, чрезъ Медвѣженское почт. отд., Ставропольской губ., священнику Михаилу Критскому.»

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Februar bis 4. März 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
465	418	883	219	68	107	16	10	20	77	68	66	69	75	63	25	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 3, Scharlach 15, Diphtherie 15, Croup 4, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 63, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 125, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 60, Marasmus senilis 43, Krankheiten der Verdauungsorgane 69, Todtgeborene 47.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 14. März 1895.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. März 1895.

Дозв. ценз. Спб. 11 Марта 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 11 St. Petersburg, 18. (30.) März **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — H. Truhart: Ueber die Verbreitung der Lues in Livland. Bericht über die Resultate der im Auftrage der Gesellschaft livl. Aerzte veranstalteten Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 und 1893. — Rechenschaftsbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Liv- und Estland für das Jahr 1894. — Vermischtes. — Vacanzen. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R.*)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Fall IV.

Wäscherin, 69 Jahre alt, litt seit Jahren an geschwollenen Füssen. Vor 3 Monaten nahm unter Auftreten von Herzklopfen und Athemnoth die Schwellung zu. — Es bestand starkes Oedem der unteren Körperhälfte, mässiger Ascites und rechtsseitiger Hydrothorax. Grosse Stauungsleber. Stauungsharn. Dyspnoe. Brustkorb sagittal erweitert, starr. Lungenemphysem. Herzdämpfung trotzdem vom rechten Sternalrand bis 3 Querfinger über die linke Mammillarlinie. Herzshoc im 4 und 5. Spitzenstoss im 6 JR. fühlbar. Dämpfung auf den oberen Brustbeinabschnitten und fühlbarer diastolischer Klappenstoss im 2 linken JR. Im Liegen neben dem ersten Ton an der Herzspitze ein systolisches Geräusch. Herztöne im Allgemeinen dumpf. Töne des rechten Herzens accentuirt. Im Stehen Accent auf dem zweiten Pulmonalton noch deutlicher. Arhythmie. Hoher Grad von Arteriosklerose.

Während der ersten 6-wöchentlichen Beobachtung schwanden unter vermehrter Diurese sehr bald die Oedeme und zum Theil auch die Vergrösserung der Leber. Die Herzdämpfung verminderte sich nicht. Das systolische Geräusch dauerte fort und verstärkte sich im Stehen. Die Töne des rechten Herzens blieben accentuirt.

Nach weniger als einem Monat wurde die Kranke zum zweiten Mal eingebracht. Oedem, Ascites und Hydrothorax waren in alter Stärke wiedergekehrt. Die Herzdämpfung reichte um 1½ Querf. über den rechten Sternalrand und um 2½ Querf. über die linke Mammillarlinie. Spitzenstoss nur noch im 5 JR. Dämpfung auf dem Sternum und links oben stärker geworden. In beiden Körperhaltungen absolut reine Töne, keine Spur eines Geräusches. Töne des linken Herzens verstärkt.

Während 2-wöchentlicher Beobachtung schwand unter reichlicher Diurese die Stauung von Neuem, und verminderte sich die Herzdämpfung rechts um ½ Querf. Der Auscultationsbefund blieb dagegen unverändert.

Andauernde, durch Nichts zu beseitigende Arhythmie ist bekanntlich ein sicheres Symptom chronischer Myocarditis. Wenn Ebstein und unlängst auch Hampeln dagegen betont haben, dass das Fehlen dieses Symptoms keinen Ausschluss selbst hochgradiger Myocarditis gestatte, so ist durch die unter Dehios Leitung geschehenen Untersuchungen Radasewsky's die Frage dahin entschieden worden, dass zum Zustandekommen andauernder Arhythmie die Myocarditis vor Allem die Vorhöfe ergriffen haben müsse. Es handele sich hierbei nicht nur um eine heerdweise auftretende Schwielenbildung, sondern auch um eine diffuse fibröse Degeneration des Herzfleisches, welche allein oder gemeinsam angetroffen werden können. Diese Veränderungen seien gewöhnlich am meisten ausgesprochen am rechten Vorhof.

Die Kenntniss dieser Symptome erleichtert das Verständniss der in Rede stehenden Krankenbeobachtung. Da stenocardische Anfälle nie bemerkt worden waren, kann angenommen werden, dass sich die nutritiven Aenderungen im Myocard unserer Kranken ganz allmälig vollzogen hatten. Es hatte zunächst den Anschein, dass ganz besonders der linke Ventrikel von der Degeneration betroffen worden war, und dass er in Folge dessen der weit fortgeschrittenen Vernichtung der Arterienelasticität gegenüber schliesslich insufficient geworden war. Dafür sprach einerseits die starke Dilatation, welche anscheinend zu relativer Schliessungsunfähigkeit der Mitralis geführt hatte, und andrerseits die offenbar compensatorisch gesteigerte Thätigkeit des rechten Ventrikels. Das Alles wurde aber durch den nach kaum 4 Wochen vollständig veränderten Befund hinfällig. Denn nun waren die Töne des linken Herzens stark accentuirt, das systolische Geräusch war nicht mehr hörbar, und die Dilatation des linken Ventrikels war weniger ausgesprochen. Dagegen war das rechte Herz stärker dilatirt und insufficient. Ein solcher Umschwung deutete mit Bestimmtheit auf eine in allerletzter Zeit stattgehabte, schubweise erfolgte Ausbreitung des myocarditischen Processes auf die Wandungen des rechten Ventrikels.

Die zu Anfang beobachtete Insufficienz des linken Ventrikels muss dagegen zum grossen Theil auf körperliche Ueberanstrengung zurückgeführt werden. Bei Leuten nie-

*) cf. diese Wochenschrift № 1, 4 und 7.

derer Stände resultirt ja ein Theil der Herzinsufficienz fast immer auch aus körperlicher Ueberanstrengung. Weil dieses Leistungsdeficit, wie in diesem Falle, meist blos durch die Herabsetzung der Arbeitsansprüche, wie solche die Ordnung des Hospitallebens mit sich bringt, eliminirt zu werden vermag, befinden sich diese Kranken, sobald sie erst zur Ruhe gekommen sind, gewöhnlich in günstigerer Lage, als die von sorgsamer Pflege von Anbeginn getragenen Kranken höherer Stände, deren Herzinsufficienz meist vollständig dem Grade der organischen Läsion entspricht.

Der mittlere Blutdruck betrug in der ersten Beobachtungsperiode 111,9 — in der zweiten dagegen, entsprechend der gesteigerten Leistungsgrösse des linken Ventrikels 131.

Die Curven 55 und 56 zeigen Zunahme der Irregularität beim Uebergang zur stehenden Haltung, dagegen keine wesentliche Aenderung der Gefässspannung. Leider verfüge ich nicht über Sphygmogramme aus der zweiten Beobachtungsdauer.

Die Respirationsfrequenz schwankte in Folge des Lungenemphysems innerhalb der engen Grenzen 24 bis 28.

Der Blutdruck fiel während der ersten Periode im Bade im Mittel nur um 20,9, in der zweiten dagegen um 34,7. Gleich nach Beendigung des Bades hob sich der Blutdruck im Allgemeinen beträchtlich, blieb jedoch während der ersten Beobachtungsperiode am Ende der I hor. um 1,0 hinter dem Anfangsmittel zurück, überstieg dagegen während der zweiten Periode dieses um 2,5. Die Wirkungen des Bades waren also in gewissem Sinne in der letzten Behandlungsphase stärkere als in der vorhergegangenen, eine Aenderung derselben aber im Sinne schneller erfolgten Wiederansteigens des Blutdruckes nach dem Bade bei Besserung der Compensationsverhältnisse liess sich zu keiner Zeit beobachten.

Aus der mit einer gegen vorher um 20 grösseren Belastung aufgenommenen Curve 57 ist ersichtlich, dass im Bade die Ventrikelcontractionen im Durchschnitt qualitativ bedeutend gestreigert waren. Bd war von 110 auf 88 gesunken, die Gefässspannung hatte aber trotzdem relativ nur wenig abgenommen. Bei Gegenwart höherer Grade von Arteriosclerose ist offenbar das Capillargebiet an allen Schwankungen des Blutdruckes in erhöhtem Maase betheiligt. Der Ablauf aller plötzlichen Aenderungen der Strömungsgeschwindigkeit ist daher in solchen Fällen wesentlich von der Dauer der Capillarerweiterung abhängig. 20′ nach Beendigung des Bades war Bd zur Norm zurückgekehrt. Das unter gleicher Belastung wie vor dem Bade erhaltene Sphygmogramm 58 zeigt im Durchschnitt kräftigere Pulsionen als in Curve 55 bei annähernd gleicher Gefässspannung und einer Irregularität, die entfernte Aehnlichkeit mit dem pulsus bigeminus hat. Es mag ja sein, dass der relativ hohe Stand des Blutdruckes schon 20′ nach dem Bade gerade durch die kräftigere Action des linken Ventrikels bedingt war, und dass die Capillarerweiterung zu der Zeit in gewissem Grade noch fortbestand; in dem Falle hätte das Gleichbleiben des Blutdruckes 50′ nach dem Bade, nach Rückkehr der Weite des Capillarbettes zur Norm, in einer dann aufgenommenen Pulscurve wahrscheinlich Absinken der durchschnittlichen Höhe von Vc bedingt. Aber, wie dem auch sei, selbst eine solche durch das warme Bad erfolgte kurze Anregung der Herzthätigkeit, speciell des linken Ventrikels, musste in jener Krankheitsperiode als günstige Beeinflussungbetrachtetwerden, da die Strömungsverhältnisse, wie das Abnehmen der Pulsionshöhe beim Uebergang zur stehenden Haltung erwies (Curve 59), durch den Eingriff nicht erschwert wurden. Ob die Bäder dagegen in der zweiten Beobachtungsperiode, nachdem die Arbeitslage des Herzens vollständig geändert worden, von gleich günstiger Wirkung waren, ist beim Mangel einschlägigen Beweismaterials immerhin fraglich, denn die Möglichkeit einer in Folge des Bades jedesmal bewirkten Arbeitserschwerung des linken Ventrikels durch Widerstandsvermehrung im Venenstrom kann angesichts der in jener Zeit verringerten «Schöpfkraft» des rechten Herzens nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden.

Die Respirationsfrequenz wurde durch die Bäder im Mittel nur sehr geringen Schwankungen unterworfen.

Folgerungen.

1) Diese Beobachtung spricht für die Dehio-Radasewsky'sche Lehre, dass chronische Myocarditis dann Arhythmie bedinge, wenn die Vorhofswandungen ergriffen sind. Sie widerspricht ferner nicht der Annahme, dass allmählich sich entwickelnde Myocarditis gewöhnlich zuerst die Wandungen der Vorhöfe, namentlich die des rechten Herzens, betreffe.

2) Da ein myocarditisches Herz geschont werden soll, so hat die Behandlung möglichst exspectativ zu sein. Die Anwendung warmer Bäder als übendes Unterstützungsmittel dürfte nur dann versucht werden, wenn hierdurch, wie in diesem Falle, nicht eine die Herzarbeit erschwerende Vermehrung der Widerstände im Venenstrom hervorgerufen wird.

Fall V.

Finnländerin, 57 Jahre alt. Keine Anzeichen von Oedem oder Ascites. Leber und Milz stark geschwellt. Scleren leicht icterisch. Brustkorb sagittal erweitert, aber nicht starr. Lungenemphysem. Trotzdem Herzshoc im 4 und 5, Spitzenstoss im 6 JR. fühlbar. Die Herzdämpfung reichte je 2 Querfinger über den rechten Sternalrand und über die linke Mammillarlinie. Auf den oberen Brustbeinabschnitten leichte Dämpfung. Die Kuppe des Aortenbogens war leicht fühlbar. Hoher Grad von Arteriosclerose. Sehr hohe Gefässspannung. Arhythmie. In beiden Körperhaltungen überall reine Herztöne. Starker Accent auf dem zweiten Aortenton.

12 wöchentliche Beobachtungsdauer. Während der ersten 5 Wochen ungestörtes Allgemeinbefinden. Ungeachtet häufig aufgetretener starker Schweisse, mittlere Harnmengen von schwankendem, übrigens stets geringem Albumengehalt und niedrigem spec. Gewicht. Von der 6. Woche ab Zunahme der Leber und Milz an Grösse, Consistenz und Druckempfindlichkeit. Auftreten von mässigem Ascites und Oedem, welches, begleitet von Dyspnoe und Cyanose sich über den ganzen Körper verbreitet. Mässiger Hydrothorax, namentlich rechts. Häufige, starke Schweisse. Abnahme der Diurese unter Steigerung des spec. Gewichts und Albumengehalts. Im Harnsediment schmale, hyaline und körnige, im Zerfall begriffene Cylinder. Die Töne des rechten Herzens waren allmälig leiser geworden, die Töne des linken Herzens blieben dagegen laut und accentuirt bis zum vorletzten Lebenstage. Als dann auch der linke Ventrikel zu erlahmen begann, entwickelte sich Lungenödem, und nach wenigen Stunden erfolgte der Tod.

Die Section ergab beiderseits Nierenschrumpfung hohen Grades (an der rechten Niere waren zudem Anzeichen einer mehr parenchymatösen Entzündung vorhanden), atrophische Lebercirrhose, starke Arteriosclerose mit atheromatöser Degeneration der ganzen Aorta, Dilatation und Hypertrophie beider Herzventrikel, besonders des linken (Myocard blass gelb, derb. An den Klappenrändern der Aorta umfangreiche, frische Auflagerungen), Emphysem und Oedem der Lungen, cyanotische Hyperämie sämmtlicher Abdominalorgane, Anasarca, Ascites mässigen Grades und Hydrothorax, rechts stärker als links.

Es kann unsere Aufgabe nicht sein, den Stand der noch heute auseinandergehenden Ansichten über die Herkunft und das Wesen des anatomischen Processes der Schrumpfniere eingehend zu erörtern. Meine Stellungsnahme ist, soweit sie hier in Betracht kommt, genügend gekennzeichnet, wenn ich der von Ziegler, Klebs, Wagner und Leyden geforderten Abtrennung der gewöhnlich im höheren Alter anzutreffenden Nierenarteriosclerose («red granular kidney» der Engländer, «arteriosclerotische Schrumpfniere» Ziegler's) als einer nicht entzündlichen, sondern degenerativen Erkrankung zustimme. Damit soll aber keineswegs gesagt sein, dass ich mich denen anschliesse, welche die ursächliche Rolle dieses Nierenleidens für die Herzhypertrophie leugnen und beide als coordinirte Erscheinungen einer gemeinsa-

men dritten Einwirkung ansprechen wollten. So haben bekanntlich Debove und Letulle ihr «coeur rénal» und Guyot seine «sclérose du coeur» in Anlehnung an die Gull-Sutton'sche Lehre als Theilerscheinung einer

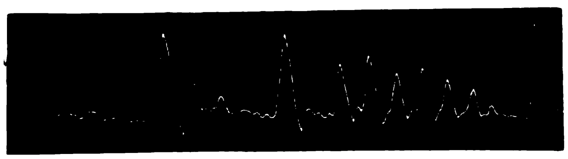
hohe Grad von Arteriosclerose zur Erweiterung (Fühlbarkeit der Aortenkuppe) und Rigidität des ganzen arteriellen Systems, und, wie die zu allen Zeiten fortbestandene Arhythmie mit genügender Bestimmtheit bewies auch zu



55



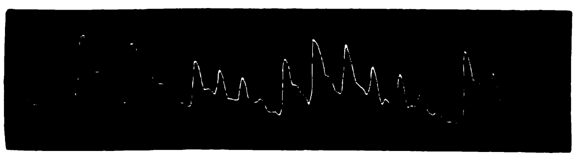
56



57



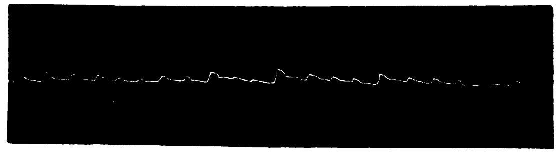
58



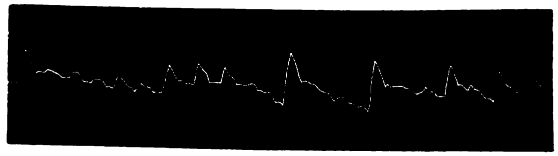
59



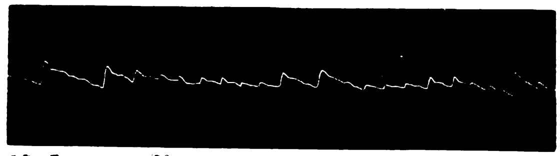
60



61



62



63



64

nungen ist, dass das «renale Herz», angesichts aller anderen noch möglichen abnormen Arbeitsansprüche, vor Allem für die Erhaltung dieser, zum Fortbestehen des Lebens erforderlichen, abnormen Blutdruckhöhe im Aortensystem in genau ausreichender Weise aufzukommen hat. Vom «renalen Herzen» wird also noch ganz besonders gefordert, dass die gesteigerte Leistungsfähigkeit seines linken Ventrikels auch dauerhaft sei. So lange das Leben währen soll, darf sie nicht nachlassen. Andauernde Insufficienzperioden des linken Ventrikels kommen daher nicht vor. Hier führt solcher Art Herzschwäche fast ohne Vermittelung zum Tode.

Die Charaktere solchen Verhaltens sind in vorliegender Beobachtung deutlich ausgeprägt. Bis zum plötzlich erfolgten und irreparablen Versagen war durch alle Phasen des Krankheitsverlaufs die Thätigkeit des linken Ventrikels ausreichend und nahezu gleichbleibend, überwogen an Lautheit die Töne des linken Herzens. Die Energie des Muskels dieser Herzabtheilung, die Grösse seiner Reservekräfte erscheint um so wunderbarer, als der

gung zur Dyspnoe stets sehr beträchtlich, weil dieser Druck auch mit einem hohen Druck in der Art. pulmonalis verbunden ist, wie man es vornehmlich bei Arteriosclerose und Nepritikern sieht.» Dass die Respirationsfrequenz in den letzten Wochen nicht zu weit höheren Zahlen anstieg, ist aus der Gegenwart des Emphysems der Lungen erklärlich.

Der Blutdruck sank im Bade im Durchschnitt aus allen Messungen von 183,7 auf 153, also um 30,7. Zerlegt man die ganze Beobachtungsdauer in 3 gleiche Abschnitte und vergleicht das Verhalten der Mittelwerthe dieser einzelnen Perioden mit einander, so lässt sich constatiren, dass das Fallen und Steigen von Bd zu allen Zeiten nach gleichem Typhus erfolgte, dass dagegen in der letzten Periode der Wiederanstieg nach dem Bade in offenbar langsamerer Weise vor sich ging.

Die im Bade aufgenommene Curve 62 zeigt stärkere Arhythmie und qualitative Zunahme von Vc. Da aber die angewandte Belastung um 10 niedriger als zu Anfang

war, ist dieser Zuwachs thatsächlich nicht so bedeutend gewesen; auch wäre bei gleichgebliebener Belastung die Abnahme von Asp noch geringer ausgefallen. Bd war von 158 auf 114 gesunken. 30′ nach Beendigung des Bades war Bd auf 148 gestiegen. Die im Liegen bei derselben Belastung wie zu Anfang des Versuchs aufgenommene Curve 63 zeigt bei im Allgemeinen stärkerer Ventrikelcontraction dieselben Charaktere wie Curve 60 (abgeplatteter Curvengipfel, starke Spannung). Dagegen ist im Stehen (Curve 64) das Bild ein wesentlich anderes geworden als zu Anfang; es hat Aehnlichkeit mit Sphygmogramm 62. Die Ventrikelcontractionen haben im Allgemeinen an Höhe nicht ab-, sondern zugenommen, die Arhythmie ist wieder stärker und die Frequenz grösser geworden. Diese spitzen Kurvengipfel sind nicht ein Effect der Spannungsabnahme, sie sind ein Ausdruck der auf Kosten ihres Nutzeffectes hastiger gewordenen Herzpulsion. Die Arbeit des linken Ventrikels ist erschwert worden, weil die Verhältnisse im Venenstrom ungünstiger geworden sind, m. a. W. weil seine Wiederstände rückwirkende Kraft erlangt haben.

Die Respirationsfrequenz stieg im Bade im Mittel von 34,4 auf 37,0. Nach Beendigung des Bades sank sie im Mittel unter die Anfangsnorm um sich zum Ende der ersten Stunde wieder nahezu bis zur Norm zu erheben.

Folgerungen.

1) Die «sclerotische Schrumpfniere» kann als Theilerscheinung allgemeiner Arteriosclerose klinisch am sichersten aus dem wiederholten Nachweise eines abnorm hohen Blutdruckstandes erkannt werden. Denn der grösste Theil dieser besonderen Blutdruckerhöhung ist durch die Miterkrankung der Nieren bedingt.

2) Zum Fortbestande des circulatorischen Gleichgewichts ist die Erhaltung des Blutdruckes auf einer solchen, dem Maasse der Nierendegeneration entsprechenden Höhe unbedingt erforderlich. Dieser Forderung genau und dauernd nachzukommen ist Aufgabe des hypertrophirten linken Ventrikels.

3) Da das «renale Herz» fortwährend unter Aufgebot seiner Reservekräfte arbeitet, so ist, auch wenn drohende Insufficienzerscheinungen des rechten Ventrikels vorhanden sind, das Eingreifen mit Digitalinen nur dann — und zwar in vorsichtigster Weise — statthaft, wenn mit Sicherheit angenommen werden darf, dass der Kräftevorrath des linken Ventrikels noch nicht erschöpft ist.

4) Auch die Anwendung warmer Bäder, deren Wirkung in solchen Eällen schon wegen der Blutdruckverminderung und der dadurch dem Herzen gebotenen Erholungspausen für günstig erachtet werden könnte, erscheint dort kaum berechtigt, wo, wie in diesem Falle, jener Vortheil nachträglich durch Vermehrung der Widerstände im Venenstrom und damit einhergehende Erschwerung der Arbeit des linken Ventrikels erkauft wird.

Ueber die Verbreitung der Lues in Livland.

Bericht

über die Resultate der im Auftrage der Gesellschaft livl. Aerzte veranstalteten Enquête bezüglich der Verbreitung der Syphilis in Livland während der Jahre 1892 u. 1893.

Von

Dr. H. Truhart-Dorpat.

(Vortrag, gehalten auf dem VI. Aerztetage der Gesellschaft livl. Aerzte in Wolmar den 6. September 1894).

M. H.! Wie Ihnen wohl noch erinnerlich hatte auf dem III. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte Herr Dr. A. von Bergmann-Riga, einer an ihn ergangenen Aufforderung liebenswürdigst Folge gebend, unter dem Thema: «die Lues in Livland und die Mittel zur Abwehr derselben», die so überaus wichtige Syphilisfrage zur Sprache gebracht.

Die sich damals an den Vortrag anschliessende Debatte ergab unter Anderem, dass die bisherige, auf die Syphilis bezugnehmende officielle Jahresstatistik auch hier bei uns zu Lande bislang sich nur auf durchaus unzuverlässige und unvollständige Daten stütze, insbesondere auch den bisher vorliegenden officiellen Jahresberichten der Aerzte keineswegs zu entnehmen sei, wie viele von den behandelten Krankheitsfällen als auf frischer Infection beruhend, wie viele als veraltete Syphilis (tertiäre Formen) anzusehen wären. Da nun aber eine erfolgversprechende Bekämpfung eines Feindes Allem zuvor eine genaue Kenntniss seiner Stärke zur Voraussetzung habe, fernerhin gerade die Anzahl der recenten Fälle den besten Maassstab für die fortschreitende Weiterverbreitung der Lues böte, beschloss die Versammlung, zunächst von einer endgültigen Discussion über den Kampf gegen die Lues Abstand nehmend, behufs sicherer Feststellung der Verbreitung der Syphilis in Livland in Grundlage einer rationellen Eintheilung ihrer Formen, bei welcher die Primär- und Secundär-Infectionen von den tertiären Krankheitserscheinungen zu trennen wären, eine diesbezügliche statistische Enquête im Laufe der folgenden Jahre im Lande in's Werk zu setzen und das Präsidium mit der Veranstaltung einer solchen zu betrauen.

Der mir gewordenen Aufgabe bin ich bestrebt gewesen für die verflossenen beiden Jahre 1892 und 1893 gerecht zu werden und habe ich bei der Veranstaltung der Enquête den Modus eingeschlagen, dass ich jedem einzelnen, im Livländischen Gouvernement in Stadt und Land practicirenden Arzte privatim für jedes Semester gesondert gedruckte Schemata mit der Bitte übersandte, lediglich solche Fälle einzutragen, die von den betreffenden Aerzten thatsächlich behandelt worden seien, da erfahrungsgemäss mit Syphilis behaftete Kranke nur zu oft der Reihe nach verschiedene Aerzte zu consultiren pflegen, mithin bei Rubricirung der nur zur Beobachtung gekommenen Fälle das Gesammtresultat der erhobenen Statistik bei weitem höhere, dem Thatbestande nicht entsprechende Ziffern hätte ergeben müssen. In jenen Schematen waren die recenten Erkrankungen (Primär- und Secundär-Affectionen) von veralteter Syphilis (tertiäre Formen) streng geschieden und je für Männer, Frauen und Kinder besondere Rubriken aufgestellt; endlich habe ich es mir angelegen sein lassen, festzustellen, wie viele Syphilitiker in der Privatpraxis, sei es stationär oder ambulatorisch, und wie viele von ihnen in Krankenheilanstalten, Lazarethen oder Kliniken der Behandlung unterworfen worden sind.

Bevor ich der Versammlung nun die Resultate der von mir angestellten statistischen Enquête unterbreite, ist es mir zunächst Bedürfniss denjenigen Herren Collegen, die ich in Anbetracht der Wichtigkeit der Sache schonungslos mit immer und immer wieder erneuten Mahnbriefen — es waren deren insgesammt 783 — zu belästigen mich veranlasst sah, nachträglich meine Entschuldigung zu machen, den wenigen Herren Collegen aber, die mir ohne jede weitere Mahnung und präcise die betreffenden Daten haben zukommen lassen, an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Eine Statistik, zumal für den relativ nur kurzen Zeitraum von 2 Jahren angestellt, kann nur dann einen Werth beanspruchen, wenn die betreffenden Daten einerseits auf Zuverlässigkeit, andererseits auf Vollständigkeit Anspruch erheben dürfen.

Was jene erste Prämisse anlangt, so glaube ich im vorliegenden Falle, da ja bei meiner privaten Enquête der äussere Zwang wegfiel, allen Grund zu haben, mich der Annahme hinzugeben, dass dieselbe, so weit möglich, erfüllt ist und wenn die von mir gesammelten Daten an Zahl hier und da nicht unwesentlich hinter den officiellen Angaben zurückbleiben, so dürfte diese Thatsache, da doppelte oder mehrfache Aufzählung ein- und derselben Syphilispatienten in meinen Zahlenreihen in Wegfall kommt oder wenigstens auf das denkbar minimale Maass beschränkt ist, eher für, als gegen die Richtigkeit der aufgegebenen Zahlen in die Wagschale fallen. Die zweite Prämisse, die Vollständigkeit der statistischen Daten, kann ich leider für unsere Metropole, die Gouvernementsstadt Riga, nicht in Anspruch nehmen, dafür ist es mir aber für das ganze übrige Livland mit Einschluss aller übrigen Städte, wenn auch nach Ueberwindung grosser Hindernisse, allendlich gelungen, die gewünschten Auskünfte nahezu ausnahmslos einzusammeln.

Unter 292 Aerzten des rund 1.200.000 Einwohner umfassenden Gouvernements Livland hatten nach Abzug der Aerzte, welche während der Enquête verstarben oder aus Livland fortgezogen waren, für jedes einzelne Halbjahr alle bis auf 98 ihren Beitrag zur Statistik geliefert. Das Gros derjenigen Aerzte, welche keine Daten eingesandt, nämlich 78 an der Zahl, entfällt auf die Stadt Riga, während die übrigen 20 auf ganz Livland, die Stadt Dorpat und alle anderen Städte miteingerechnet, sich vertheilen. Von den meisten der letzteren 20 habe ich nachträglich in Erfahrung bringen können, dass sie von einem speciellen Bericht glaubten Abstand nehmen zu können, da sie entweder überhaupt keine Syphilispatienten in ihren Journalen verzeichnet gefunden oder aber es sich alsdann um solche Kranke gehandelt habe, die schon von anderen behandelt, mithin bereits von diesen aufgegeben worden waren. Es darf daher die Statistik betreffs Livlands mit Ausnahme der Stadt Riga, für welche die von mir angeführten Zahlen nicht unwesentlich hinter der Wirklichkeit zurückstehen müssen, als nahezu complet angesehen werden.

Tabelle 1.

Syphilis-Statistik in Livland pro 1892 u 1893 nach Semestern geordnet.			1892.																1893.															
			Semester I.								Semester II.								Semester I.								Semester II.							
			Primäre u. secund.				Tertiäre.				Primäre u. secund.				Tertiäre.				Primäre u. secund.				Tertiäre.				Primäre u. secund.				Tertiäre.			
			Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.
I. Rigasche Kreis.	Riga	Stadt	338	132	18	488	80	28	4	112	375	121	13	509	67	29	5	101	360	93	9	462	79	28	6	113	357	100	13	470	74	34	—	108
		Kreis	241	69	6	316	8	8	4	20	6	5	1	12	10	5	4	19	262	74	12	348	2	1	2	5	2	2	2	6	6	3	3	12
	zusammen:		579	201	24	804	88	36	8	132	381	126	14	521	77	34	9	120	622	167	21	810	81	29	8	118	359	102	15	476	80	37	3	120
II. Dörptsche Kreis.	Dorpat	Stadt	99	5	8	112	54	22	6	82	61	13	2	76	47	19	2	68	85	8	2	95	56	24	1	81	96	12	—	108	55	19	—	74
		Kreis	33	43	15	89	11	9	—	20	22	44	4	70	12	11	—	23	45	42	15	102	9	16	—	25	28	46	1	75	5	10	—	15
	zusammen:		132	48	21	201	65	31	6	102	83	57	6	146	59	30	2	91	130	50	17	197	65	40	1	106	124	58	1	183	60	29	—	89
III. Wolmarsche Kreis.	Wolmar	Stadt	30	8	2	40	2	1	—	3	25	10	2	37	1	1	—	2	6	5	2	13	1	—	—	1	7	6	—	13	—	2	—	2
		Kreis	20	14	3	37	17	2	—	19	13	6	4	23	7	3	1	11	15	12	5	32	4	3	1	8	16	4	2	22	8	4	—	12
	zusammen:		50	22	5	77	19	3	—	22	38	16	6	60	8	4	1	13	21	17	7	45	5	3	1	9	23	10	2	35	8	6	—	14
IV. Fellinsche Kreis.	Fellin	Stadt	23	25	1	49	3	2	1	6	19	20	—	39	2	2	1	5	18	13	—	31	3	1	—	4	11	9	—	20	3	—	—	3
		Kreis	8	6	1	15	2	3	—	5	8	5	—	13	—	—	—	—	2	2	—	4	1	—	—	1	9	2	—	11	—	—	—	—
	zusammen:		31	31	2	64	5	5	1	11	27	25	—	52	2	2	1	5	20	15		35	4	1	—	5	20	11	—	31	3	—	—	3
V. Walksche Kreis.	Walk	Stadt	21	6	2	29	1	1	—	2	8	3	—	11	—	—	—	—	14	9	1	24	—	—	—	—	12	4	—	16	—	—	—	—
		Kreis	22	4	2	28	4	2	—	6	6	2	1	9	4	—	—	4	6	3	2	11	2	2	—	4	5	1	—	6	2	—	1	3
	zusammen:		43	10	4	57	5	3	—	8	14	5	1	20	4	—	—	4	20	12	3	35	2	2	—	4	17	5	—	22	2	—	1	3
VI. Werrosche Kreis.	Werro	Stadt	10	11	8	29	—	3	—	3	7	6	1	14	—	5		5	3	12	1	16	—	—	—	—	5	9	—	14	1	1	—	2
		Kreis	8	3	—	11	1	3	—	4	3	1	—	4	—	1	—	1	4	3	2	9	1	1	1	3	2	1	2	5	2	—	—	2
	zusammen:		18	14	8	40	1	6	-	7	10	7	1	18	—	6	—	6	7	15	3	25	1	1	1	3	7	10	2	19	3	1	-	4
VII. Wendensche Kreis.	Wenden	Stadt	20	5	—	25	6	5	2	13	10	3	1	14	1	3	4	8	12	2	—	14	2	—	—	2	18	10	1	29	2	1	—	3
		Kreis	2	1	—	3	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—	—	—	4	2	—	6	3	—	—	3	—	2	—	2	—	—	—	—
	zusammen:		22	6	—	28	6	5	2	13	12	3	1	16	1	3	4	8	16	4	—	20	5	—	—	5	18	12	1	31	2	1	—	3
VIII. Pernausche Kreis.	Pernau	Stadt	6	4	1	11	2	1	—	3	9	10	—	19	2	2	—	4	27	8	1	36	7	1	—	8	48	16	—	64	4	3	—	7
		Kreis	6	3	—	9	—	—	—	—	1	3	1	5	1	1	—	2	4	—	—	4	—	—	—	—	9	7	—	16	2	—	—	2
	zusammen:		12	7	1	20	2	1	—	3	10	13	1	24	3	3	—	6	31	8	1	40	7	1	—	8	57	23	—	80	6	3	—	9
IX. Oeselsche Kreis.	Oesel	Arensb.	7	2	—	9	1	—	—	1	11	10	—	21	—	—	—	—	6	3	1	10	—	—	—	—	5	3	—	8	—	—	—	—
		Kreis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	—	4	—	—	—	—	2	4	—	6	—	—	—	—
	zusammen:		7	2	—	9	1	—	—	1	11	10	—	21	—	—	—	—	7	6	1	14	—	—	—	—	7	7	—	14	—	—	—	—
In Livland — in Summa:			894	341	65	**1300**	192	90	17	**299**	586	262	30	**878**	154	82	17	**253**	874	294	53	**1221**	170	77	11	**258**	632	238	21	**891**	164	77	4	**245**

Tabelle 2.

Syphilis-Statistik in Livland pro 1892 und 1893 nach Jahrgängen geordnet (nebst zum Vergleich dienender Tabelle der dies bezüglichen officiellen Daten.)

	1892								Gesammtsumma aller Kranken pro 1892.	
	Primäre u. secund.				Tertiäre.					
	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Private Enquête.	Officielle Daten:
I. Riga Stadt:	713	253	31	997	147	57	9	213	1210	2099
I. Riga Kreis:	247	74	7	328	18	13	8	39	367	171
Stadt Riga u. Rig. Kreis zusammen:	960	327	38	1325	165	70	17	252	1577	2270
II. Dorpat Stadt:	160	18	10	188	101	41	8	150	338	573
II. Dorpat Kreis:	55	87	17	159	21	27	—	48	207	55
Stadt Dorp. u. Dörp. Kr. zusammen:	215	105	27	347	122	69	8	198	545	628
III. Wolmar Stadt:	55	18	4	77	3	2	—	5	82	53
III. Wolmar Kreis:	29	19	7	55	20	5	1	26	81	115
III. Wolmar mit Lemsal	4	1	—	5	4	—	—	4	9	7
Stadt Wolm. u. Wolm. Kr. zusammen:	88	38	11	137	27	7	1	35	172	175
IV. Fellin Stadt:	42	45	1	88	5	4	2	11	99	81
IV. Fellin Kreis:	16	11	1	28	2	3	—	5	33	48
Stadt Fellin u. Fell. Kr. zusammen:	58	56	2	116	7	7	2	16	132	129
V. Pernau Stadt:	15	14	1	30	4	3	—	7	37	42
V. Pernau Kreis:	7	6	1	14	1	1	—	2	16	33
Stadt Pernau u. Pern. Kr. zusammen:	22	20	2	44	5	4	—	9	53	75
VI. Walk Stadt:	29	9	2	40	1	1	—	2	42	22
VI. Walk Kreis:	28	6	3	37	8	2	—	10	47	35
Stadt Walk u. Walk. Kr. zusammen:	57	15	5	77	9	3	—	12	89	57
VII. Wenden Stadt:	30	8	1	39	7	8	6	21	60	43
VII. Wenden Kreis:	4	1	—	5	—	—	—	—	5	55
Stadt Wenden u. W. Kr. zusammen:	34	9	1	44	7	8	6	21	65	98
VIII. Werro Stadt:	17	17	9	43	—	8	—	8	51	40
VIII. Werro Kreis:	11	4	—	15	1	4	—	5	20	48
Stadt Werro u. Wer. Kr. zusammen:	28	21	9	58	1	12	—	13	71	88
IX. Oesel St. Arensb.	18	12	—	30	1	—	—	1	31	16
IX. Oesel Kreis:	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
St. Arensburg u. Oes. Kr. zusammen:	18	12	—	30	1	—	—	1	31	16
Gesammtsumme d. Syphilispatienten im Gouvernement Livland:	1480	603	95	2178	344	179	34	557	**2735**	Offic. Dat. 3536

	1893								Gesammtsumma aller Kranken pro 1893	
	Primäre u. secund.				Tertiäre.					
	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Private Enquête.	Officielle Daten:
I. Riga Stadt:	717	193	22	932	153	62	6	221	1153	1959
I. Riga Kreis:	264	76	14	354	8	4	5	17	371	128
Stadt Riga u. Rig. Kreis zusammen:	981	269	36	1286	161	66	11	238	1524	2087
II. Dorpat Stadt:	181	20	2	203	111	43	1	155	358	516
II. Dorpat Kreis:	73	88	16	177	14	26	—	40	217	51
Stadt Dorp. u. Dörp. Kr. zusammen:	254	108	18	380	125	69	1	195	575	567
III. Wolmar Stadt:	13	11	2	26	1	2	—	3	29	28
III. Wolmar Kreis:	28	15	6	49	9	7	—	16	65	103
III. Wolmar mit Lemsal	3	1	1	5	3	—	1	4	9	4
Stadt Wolm. u. Wolm. Kr. zusammen:	44	27	9	80	13	9	1	23	103	135
IV. Fellin Stadt:	29	22	—	51	6	1	—	7	58	65
IV. Fellin Kreis:	11	4	—	15	1	—	—	1	16	31
Stadt Fellin u. Fell. Kr. zusammen:	40	26	—	66	7	1	—	8	74	96
V. Pernau Stadt:	75	24	1	100	11	4	—	15	115	103
V. Pernau Kreis:	13	7	—	20	2	—	—	2	22	45
Stadt Pernau u. Pern. Kr. zusammen:	88	31	1	120	13	4	—	17	137	148
VI. Walk Stadt:	26	13	1	40	—	—	—	—	40	34
VI. Walk Kreis:	11	4	2	17	4	2	1	7	24	33
Stadt Walk u. Walk. Kr. zusammen:	37	17	3	57	4	2	1	7	64	67
VII. Wenden Stadt:	30	12	1	43	4	1	—	5	48	43
VII. Wenden Kreis:	4	4	—	8	3	—	—	3	11	47
Stadt Wenden u. W. Kr. zusammen:	34	16	1	51	7	1	—	8	59	90
VIII. Werro Stadt:	8	21	1	30	1	1	—	2	32	45
VIII. Werro Kreis:	6	4	4	14	3	1	1	5	19	19
Stadt Werro u. Wer. Kr. zusammen:	14	25	5	44	4	2	1	7	51	64
IX. Oesel St. Arensb.	11	6	1	18	—	—	—	—	18	} 28
IX. Oesel Kreis:	3	7	—	10	—	—	—	—	10	
St. Arensburg u. Oes. Kr. zusammen:	14	13	1	28	—	—	—	—	28	28
Gesammtsumme d. Syphilispatienten im Gouvernement Livland:	1506	532	74	2112	334	154	15	503	**2615**	Offic. Dat. 3282

	1892 + 1893.								Gesammtsumma aller Kranken pro 1892 u. 1893	
	Primäre u. secund.				Tertiäre.					
	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusammen.	Private Enquête.	Officielle Daten:
I. Riga Stadt:	1430	446	53	1929	300	119	15	434	2363	4058
I. Riga Kreis:	511	150	21	682	26	17	13	56	738	299
Stadt Riga u. Rig. Kreis zusammen:	1941	596	74	2611	326	136	38	490	3101	4357
II. Dorpat Stadt:	341	38	12	391	212	84	9	305	696	1089
II. Dorpat Kreis:	128	175	33	336	35	53	—	88	424	106
Stadt Dorp. u. Dörp. Kr. zusammen:	469	213	45	727	247	137	9	393	1120	1195
III. Wolmar Stadt:	68	29	6	103	4	4	—	8	111	81
III. Wolmar Kreis:	57	34	13	104	29	12	1	42	146	218
III. Wolmar mit Lemsal	7	2	1	10	7	—	1	8	18	11
Stadt Wolm. u. Wolm. Kr. zusammen:	132	65	20	217	40	16	2	58	275	310
IV. Fellin Stadt:	71	67	1	139	11	5	2	18	157	146
IV. Fellin Kreis:	27	15	1	43	3	3	—	6	49	79
Stadt Fellin u. Fell. Kr. zusammen:	98	82	2	182	14	8	2	24	206	225
V. Pernau Stadt:	90	38	2	130	15	7	—	22	152	145
V. Pernau Kreis:	20	13	1	34	3	1	—	4	38	78
Stadt Pernau u. Pern. Kr. zusammen:	110	51	3	164	18	8	—	26	190	223
VI. Walk Stadt:	55	22	3	80	1	1	—	2	82	56
VI. Walk Kreis:	39	10	5	54	12	4	1	17	71	68
Stadt Walk u. Walk. Kr. zusammen:	94	32	8	134	13	5	1	19	153	124
VII. Wenden Stadt:	60	20	2	82	11	9	6	26	108	86
VII. Wenden Kreis:	8	5	—	13	3	—	—	3	16	102
Stadt Wenden u. W. Kr. zusammen:	68	25	2	95	14	9	6	29	124	188
VIII. Werro Stadt:	25	38	10	73	1	9	—	10	83	85
VIII. Werro Kreis:	17	8	4	29	4	5	1	10	39	67
Stadt Werro u. Wer. Kr. zusammen:	42	46	14	102	5	14	1	20	122	152
IX. Oesel St. Arensb.	29	18	1	48	1	—	—	1	49	} 44
IX. Oesel Kreis:	3	7	—	10	—	—	—	—	10	
St. Arensburg u. Oes. Kr. zusammen:	32	25	1	58	1	—	—	1	59	44
Gesammtsumme d. Syphilispatienten im Gouvernement Livland:	2986	1135	169	4290	678	333	49	1060	**5350**	Offic. Dat. 6818

Die nebenanstehenden Tabellen № 1 und № 2 mögen zur besseren Orientirung bezüglich der Detailverhältnisse der Verbreitung der Lues in Livland dienen. In beiden Tabellen ist das Princip eingehalten worden, das Auftreten der Syphilis in Städten und Kreisen zu sondern, fernerhin die Erkrankungen der Männer, Weiber und Kinder zu specialisiren, endlich die primären und secundären, als recente Krankheitsformen, von den tertiären streng zu scheiden.

Tabelle № 1 enthält die Syphilisstatistik pro 1892 und 1893 nach Semestern geordnet, während Tabelle № 2 einen summarischen Ueberblick über die Verbreitung der luetischen Erkrankungen, nach den beiden Jahrgängen angeordnet, bietet und zugleich einen Vergleich gestattet mit den diesbezüglichen officiellen Daten, die in Grundlage der von sämmtlichen Aerzten des Gouvernements alljährlich einzureichenden Jahresberichte von der Livländischen Medicinal-Abtheilung zusammengestellt sind, indem letztere gleichfalls für jede Stadt und jeden Kreis Livlands gesondert neben den durch meine Privat-Enquête gewonnenen Ziffern in besonderer Rubrik verzeichnet sind.

Die Angaben, betreffend die Bevölkerungsziffern, die ich behufs Berechnung des procentualischen Verhältnisses benutzt habe, stützen sich auf die Resultate der letzten Volkszählung in Livland, von denen ich nur in ganz vereinzelten Verhältnissen, entsprechend den in den letzten Jahren stattgehabten Verschiebungen abgewichen bin, so bei der Einwohnerzahl der Stadt Walk, welche als Knotenpunkt der baltischen Bahn sich neuerdings wesentlich vergrössert hat, wie fernerhin für den Fellinschen und Pernauschen Kreis, deren Bevölkerungsziffer dadurch eine nicht unwesentliche Veränderung erfahren hat, als die in früheren Jahren zum Fellinschen Kreise gezählten Kirchspiele Hallist und Karkus neuerdings, und zwar seit der Reorganisation der Polizeiverwaltung als zu dem Pernauschen Kreise gehörig, angesehen werden.

Die in runder Summe für ganz Livland angenommene Einwohnerzahl von 1,200,000 vertheilt sich auf die einzelnen Städte und Kreise hiernach folgendermaassen:

Städte.			Kreise.	In Livland		in Summa.	
I. Riga und Patrimonialgebiet	200.000	Einw.	I. Rigascher Kreis	106,325	Einw.	= 306,325	Einw.
II. Dorpat-Jurjew	40,000	»	II. Dörpt.-Jurjewsch. Kr.	147,189	»	= 187189	»
III. Wolmar	2,500	»	III. Wolm. Kr. incl. Lemsal	107,220	»	= 109,720	»
IV. Fellin	5,000	»	IV. Fellinsche Kreis	89,736	»	= 94,736	»
V. Pernau	13.000	»	V. Pernausche Kreis	80,779	»	= 93,779	»
VI. Walk	8,000	»	VI. Walksche Kreis	106,387	»	= 114,387	»
VII. Wenden	4,300	»	VII. Wendensche Kreis	122,505	»	= 126,805	»
VIII. Werro	2,700	»	VIII. Werrosche Kreis	87,782	»	= 90,482	»
IX. Arensburg	3,500	»	IX. Insel Oesel	53,119	»	= 56,619	»
In den Städten zusammen . .	279,000	Einw.	In den Kreisen zusammen	901,042	Einw.	= 1,180,042	Einw.

Daten (conf. Tabelle 2) mit meiner Gesammtziffer von 5350 Syphilitikern stellt sich pro 1892 und 1893 zusammen eine Differenz von 1468 Patienten heraus, da wir in jenen 6818 verzeichnet finden. Diese Differenz kommt in ihrer weit überwiegenden Mehrzahl auf Conto der Stadt Riga, von wo aus bei mir nur 3101 Syphilisfälle angemeldet worden sind, während die officielle Liste deren 4357 aufführt. Die Schwankungen in den übrigen Städten und Kreisen sind relativ nur sehr geringe (conf. ebendaselbst.)

Für Livland ohne die Gouvernementsstadt Riga, dessen Bevölkerung inbegriffen alle die übrigen Städte in runder Summe 1,000,000 beträgt, ergeben sich nach meinen Untersuchungen insgesammt 2987 mithin 2,99 p. Mille Syphiliskranke, entsprechend den officiellen Daten 2760, mithin 2,76 p. Mille.

Behalten wir die gleiche Eintheilung nach Kreisen, inclus. der in ihnen befindlichen Städte bei, so kommen laut den angestellten Untersuchungen:

auf je 1000 Einwohner			1892.	1893.	1892+1893	
I. im Rigaschen Kr. bei	306325	Einw.	5,15	4,98	10,12	Syph.
II. » Dörptschen » »	187189	»	2,91	3,07	5,98	»
III. » Wolmarschen » »	109720	»	1,57	0,94	2.51	»
IV. » Fellinschen » »	94736	»	1,39	0,78	2,17	»
V. » Pernauschen » »	93779	»	0,57	1.46	2,04	»
VI. » Walkschen » »	114387	»	0,78	0,56	1,34	»
VII. » Wendenschen » »	126805	»	0,51	0,46	0,98	»
VIII. » Werroschen » »	90482	»	0,78	0.56	1,35	»
IX. auf der Insel Oesel	56619	»	0'55	0,49	1,04	»

Wollten wir diese pro Mille-Berechnung auch auf die Städte Livlands als solche ausdehnen, so würden wir bezüglich der Verbreitung der Syphilis für die kleinen Städte jedenfalls ein durchaus unrichtiges Bild erhalten, da im Livländischen Gouvernement die Kreisstädte speciell der Sitz der grösseren Krankenhäuser sind, in welchen im Falle syphilitischer Erkrankung unter der bäuerlichen Bevölkerung des Kreises gerade letztere das Hauptcontingent der Frequenz bildet und solches

A. Resultate der statistischen Enquête betreffend alle Formen der Lues.

Als Schlussresultat der angestellten Enquête (conf. Tabelle 2) geht hervor, dass im Laufe der Jahre 1892 und 1893 in Livland mit Einschluss der Gouvernementsstadt Riga 5350 Fälle von Syphilis in ärztliche Behandlung kamen, was 4.46 pro Tausend der Gesammtbevölkerung ergiebt. Von diesen 5350 Fällen sind in Lazarethen, Krankenhäusern, wohlthätigen Anstalten und Kliniken einer stationären Behandlung unterworfen worden: 1853 Personen, mithin 34,6 pCt. aller Syphilispatienten, und zwar vertheilen sich letztere folgendermaassen auf die einzelnen Kreise:

Stationäre Behandlung der Syphilispatienten pro 1892 und 1893.	Primäre u. secundäre Syphilis.				Tertiäre Syphilis.				Gesammtsumme aller stationären Syphilispat.
	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusamm.	Männer.	Frauen.	Kinder.	Zusamm.	
I. Riga u. Kreis	455	166	3	624	57	22	—	79	703
II. Dorpat u. »	243	163	19	425	136	78	3	217	642
III. Wolmar » »	51	15	2	68	2	2	—	4	72
IV. Fellin » »	43	56	1	100	4	4	2	10	110
V. Pernau » »	42	34	—	76	6	2	—	8	84
VI. Walk » »	34	19	1	54	—	—	—	—	54
VII. Wenden » »	39	15	1	55	10	9	6	25	80
VIII. Werro » »	25	38	10	73	1	9	—	10	83
IX. Arensburg und Oesel.	13	12	—	25	—	—	—	—	25
Summe aller stationär behandelt. Syphilit. in Livland.	945	518	37	1500	216	126	11	353	1853

Bei einem Vergleich der officiellen, von der Livländischen Medicinal-Verwaltung in Grundlage der von den Aerzten Livlands eingereichten Jahresberichten zusammengestellten

umsomehr, als die Gemeindeglieder des Kreises alsdann unentgeltliche Behandlung in diesen Hospitälern finden. Anders gestalten sich die Verhältnisse für Riga und Dorpat, da ich in meinen Tabellen die in letzterer Stadt im sogenannten Bezirkshospital behandelten Syphilitiker, von denen die weit überwiegende Mehrzahl gleichfalls dem bäuerlichen Stande angehört, als zum Kreise gehörig verzeichnet habe. Das Verhältniss bezüglich aller Formen von Syphilis gestaltet sich alsdann

Auf je 1000 Einwohner	1892.	1893.	1892+1893.
in der Stadt Riga nebst Patrimonialgebiet	6,05	5,77	11,82
in der Stadt Dorpat	8,45	8,95	17,40

Effectiv muss sich aber das Verhältniss für Riga im Vergleich zu Dorpat weit ungünstiger gestalten, da, wie nochmals betont sei, von 78 Aerzten aus Riga mir keine Berichte zugegangen sind.

B. Resultate der statistischen Enquête betreffend die recenten Formen der Lues.

Schliesst man die tertiären Fälle von Syphilis aus und ziehen wir nur die primären und secundären Krankheitsformen in Betracht, welche die alljährlich stattfindende Weiterverbreitung der Seuche illustriren, so ergeben sich (conf. Tabelle 2) für 1892 und 1893 zusammen in Livland mit Einschluss der Gouvernementsstadt Riga insgesammt 4290 frische Infectionen (pro 1892 : 2178 und für 1893 : 2112), mithin auf je 1000 Einwohner 3,58 (resp. 1,82 und 1,76). Bringen wir Riga mit den nur unvollständig vorliegenden statistischen Daten nicht in Rechnung, so ergeben sich für Livland, inbegriffen alle übrigen Städte, für 1892 und 1893 zusammen 2361 recente Krankheitsformen (pro 1892 : 1181 und pro 1893 : 1180), mithin auf je 1000 Einwohner 2,36 (resp. 1,18 und 1,18).

Einen Vergleich mit den officiellen Daten bin ich hier nicht in der Lage zu bringen, da bei den officiellen Jahresberichten der Medicinalabtheilung eine specielle Berücksichtigung der frischen Erkrankungen nicht vorliegt.

Das Verhältniss der recenten (primären und secundären) syphilitischen Erkrankungen gestaltet sich für die einzelnen Kreise

des livländischen Gouvernements in den Untersuchungsjahren folgendermaassen:

	1892.	1893.	1892+1893.
I. Riga und Kreis:	1325 Syph. = 4,32 ‰	1286 Syph. = 4,20 ‰	2611 Syph. = 8,52 ‰
II. Dorpat und Kreis:	347 » = 1,85 »	380 » = 2,03 »	727 » = 3,88 »
III. Wolmar und Kreis:	137 » = 1,25 »	80 » = 0,73 »	217 » = 1,98 »
IV. Fellin und Kreis:	116 » = 1,22 »	66 » = 0,70 »	182 » = 1,92 »
V. Pernau und Kreis:	44 » = 0,47 »	120 » = 1,28 »	164 » = 1,75 »
VI. Walk und Kreis:	77 » = 0,66 »	57 » = 0,50 »	134 » = 1,17 »
VII. Wenden und Kreis:	44 » = 0,35 »	51 » = 0,40 »	95 » = 0,75 »
VIII. Werro und Kreis:	58 » = 0,64 »	44 » = 0,49 »	102 » = 1,13 »
IX. Arensburg und Oesel:	30 » = 0,53 »	28 » = 0.49 »	58 » = 1.02 »

Wie aus der voranstehenden Tabelle zu ersehen, findet bei der p. Mille-Berechnung bezüglich des Auftretens der frischen Infection mit dem Syphilisgift in den kleinen Kreisstädten mit ihren Kreisen eine überraschende Uebereinstimmung statt, durchschnittlich werden in denselben im Verlauf von 2 Jahren 1,39 von 1000 Einwohnern inficirt. Diese Uebereinstimmung der Ziffern untereinander bietet schon an und für sich eine gewisse Gewähr für die Richtigkeit der von den Aerzten des Landes eingelieferten Daten, letztere findet aber darin noch eine ganz wesentliche Unterstützung, dass die Syphilisstatistik für Werro und den Werroschen Kreis als absolut richtig angesehen werden darf, da in demselben der für eine solche statistische Erhebung einzig zuverlässige, wenn auch nicht überall durchführbare Modus eingehalten worden ist, dass jeder einzelne in jenen Jahren an Syphilis behandelte Patient von den einzelnen Aerzten namentlich aufgeführt worden ist und der Herr Kreisarzt Dr. K a r p sich der dankenswerthen Mühewaltung unterzogen hat, die Listen auf die etwaige Wiederkehr ein und desselben Namens zu controlliren, wodurch die Möglichkeit ausgeschlossen ist, dass Patienten, die nur von einem Recidiv befallen, eventuell mehrere Aerzte zu Rathe gezogen hatten doppelt oder mehrfach rubricirt worden sind.

Eine ‰ Berechnung der frischen Syphilisinfectionen für die Bevölkerung der kleinen Städte erscheint aus den schon sub A. angeführten Gründen unzulässig und besitzt für die Stadt Riga wegen der Unvollständigkeit der eingelaufenen Daten nur einen relativen Werth, da de facto sich für diese das Verhältniss wesentlich ungünstiger gestalten muss. Es erkrankten nach den vorliegenden Erhebungen auf je 1000 Einwohner:

in der Stadt Riga — 1892 — 4,99 p. Mille 1893 — 4,67 p. Mille
in der Stadt Dorpat — 1892 — 4,70 p. Mille 1893 — 5,08 p. Mille
an recenter Syphilis.

Rückschau.

Selbst unzweifelhafte Zuverlässigkeit der einzelnen Ziffern vorausgesetzt, kann eine Statistik, abgesehen von einem relativen Werth für das betreffende Land selbst und auch hier nur wenn lange Zahlenreihen zu Gebote stehen — in vollem Umfang nur Bedeutung gewinnen, wenn die Möglichkeit geboten ist, sie mit den Resultaten auf gleichem Princip ruhender Untersuchungen in anderen Ländern, deren Bevölkerung sich wenigstens auf annähernd gleichem Niveau der Culturentwicklung befindet, nebeneinanderzustellen.

Trotzdessen, dass in unserem realistisch-aufgeklärten Jahrhundert mit vollstem Recht der Statistik eine eminente Bedeutung auf jedem Gebiet eingeräumt wird und trotzdessen, dass die Lues, diese von Geschlecht zu Geschlecht sich forterbende «ewige» Krankheit anerkanntermaassen nicht nur das sanitäre sondern auch das volkswirthschaftliche Wohl der menschlichen Race in ungehemmtem Siegeszuge untergräbt, verfügen wir doch heutigen Tags immer noch nicht über eine Syphilisstatistik, die mit exacten Zahlen uns Aufschluss böte über die Verbreitung der Lues in den Culturstaaten Europas.

«Am sichersten wäre es», sagt B l a s c h k o auf Seite 28 seines 1893 in Berlin herausgegebenen Werkes «Ueber Syphilis und Prostitution», «die Zahl der alljährlich frisch Erkrankenden, die Zahl der alljährlich wegen Syphilis Behandelten und die Zahl der überhaupt Syphilitischen zu unterscheiden. Freilich fehlen uns für derartige Statistiken fast alle Unterlagen».

Von der gleichen Anschauung ausgehend fasste schon im Jahre 1891 der III. Livländische Aerztetag eine analoge statistische Enquête für Livland in's Auge, doch liegen bisher nur die Untersuchungsresultate für 2 Jahrgänge vor und fehlt es letzteren gänzlich an analogen Vergleichungsobjecten in anderen Ländern.

Speciell für unser Gouvernement dürfte ein ungefähres Bild der etwaigen Weiterverbreitung der Syphilis in a l l e n ihren einzelnen Formen g e m e i n s a m aus folgenden den alljährlichen Jahresberichten des Reichs-Medicinaldepartements entnommenen Zahlenreihen für Livland erschlossen werden.

	Officielle Daten.	Privat-Enquête.
1887	2361 Lues	— Lues.
1888	2595 »	— »
1889	2684 »	— »
1890	2804 »	— »
1891	3439 »	— »
1892	3536 »	2735 »
1893	3282 »	2615 »

Aus den officiellen Daten lässt sich deutlich eine von Jahr zu Jahr steigende Tendenz der Verbreitung der Lues für Livland entnehmen, die wohl nicht allein auf den jährlichen Zuwachs der Bevölkerung zurückgeführt werden kann.

Ist nun auch ein Vergleich mit anderen Ländern wegen des Mangels einer in unserem Sinne geführten Specialstatistik über Syphilis nicht möglich, so lässt sich doch aus dem Vergleich der Syphilis hier mit den Ziffern der in anderen Ländern herrschenden venerischen Geschlechtskrankheiten in toto, approximativ ein Schluss ziehen.

«Die Statistik der venerischen Krankheiten speciell in den nordischen Ländern», sagt B l a s c h k o l. c. S. 23, «ist deswegen recht gut brauchbar, weil daselbst die Mehrzahl der Venerischen in den Krankenhäusern verpflegt wird. Die allerbeste, ja vielleicht einzig brauchbare Statistik der venerischen Krankheiten hat das Königreich Dänemark».

Nach H j e l t waren von 1000 E i n w o h n e r n v e n e r i s c h:

in Schweden	. . . .	1861—68 = 1,24
» »	(ausser Stockholm)	1861—68 = 0,78
in Norwegen	(exclus. Gonorrhoe)	1859—70 = 0,86
» »	(ausser Christiania)	1859—70 = 0,65
in Finnland	. . . .	1859—70 = 2,27
» »	(ausser Helsingfors) .	1859—70 = 2,08
in Dänemark	. . . .	1862—70 = 4.36
» »	(ausser Kopenhagen)	1862—70 = 2,03

Nach unserer Enquête s y p h i l i t i s c h:

in Livland	. . . .	1892 = 2,27
» »	(ausser Riga)	1892 = 1,53
in Livland	. . . .	1893 = 2,17
» »	(ausser Riga)	1893 = 1,46

In den grösseren Städten gestaltet sich das Verhältniss der Verbreitung der Lues nach den spärlich nur vorliegenden Daten über alle Formen der Syphilis gemeinsam folgendermaassen:

Nach H j e l t:	Nach B l a s c h k o:
in Kopenhagen 4,16.	in Berlin 4,0.

Laut vorliegender Enquête:

in Riga (vergl. oben) { 1892 : 6,05. 1893 : 5,77. in Dorpat { 1892 : 8,45. 1893 : 8,95.

Hiervon recente Syphilis { in Riga: 4,83. in Dorpat: 4,89.

Wenn wir erwägen, dass in jenen zum Vergleich herangezogenen nordischen Ländern alle venerischen Krankheiten in toto gezählt sind, während in unserer Enquête, und zwar für das Centrum Riga nur ein Theil der thatsächlich vorhandenen Syphilis in Berücksichtigung gezogen worden ist, wenn wir gleichzeitig in's Auge fassen, dass Lues bekanntlich bezüglich der Häufigkeit des Auftretens wesentlich hinter Gonorrhoe zurücksteht, so liefern jene für Livland und speciell für Livlands grösseren Städte gefundenen Ziffern für Lues ein überaus trauriges Bild, welches ernstester Beachtung werth ist und zu reiflichster Erwägung Anlass bietet, welche Mittel zur Abwehr zu ergreifen sind, um dem ferneren Vorwärtsschreiten dieses heimtückischen Feindes unserer Landesbevölkerung einen geeigneten Damm zu setzen.

Rechenschaftsbericht der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Liv- und Estland für das Jahr 1894.

Am 8. Februar dieses Jahres hielt die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Dorpat ihre j ä h r l i c h e G e n e r a l - V e r s a m m l u n g ab, auf welcher über die wichtigsten Thatsachen aus ihrer Thätigkeit im verflossenen Jahr Bericht erstattet wurde.

Die Versammlung wurde eröffnet durch den Präsidenten der Gesellschaft, Landrath Baron Arved N o l c k e n - Allatzkiwi.

Nachdem die statutenmässig gewählte Revisions-Commission die Erklärung abgegeben hatte, dass die Casse und die Rechen-

schaftsberichte der Gesellschaft in vollkommener Ordnung befunden worden sind, legte der Cassaführer der Gesellschaft, Baron M. Stackelberg, seinen Cassa-Bericht für das Jahr 1894 der Generalversammlung vor. Danach begann unsere Gesellschaft das Jahr 1894 mit einem Baar-Vermögen von 17.000 Rbl. in Werthpapieren und 2209 Rbl. 38 Kop. in baarem Gelde. Hierzu kamen im Laufe des Jahres Baar-Einnahmen im Betrage von 13,994 Rbl. 51 Kop., welche sich folgendermaassen zusammensetzen:

Zinsen vom Kapital	1055 Rbl.	90	Kop.
Mitglieds-Beiträge	2601 »	—	»
Subsidie der livländischen Ritterschaft	2000 »	—	»
Subsidie der estländischen Ritterschaft	1000 »		»
Kranken-Gelder	2997 »	24	»
Einmalige Schenkungen	4340 »	37	»
	13,994 Rbl.	51	Kop.

Wie man sieht, nehmen die reichen einmaligen Spenden auch in diesem Jahr die erste Stelle in unseren Einnahmeposten ein, was wir mit um so herzlicherer Freude begrüssen, als wir daraus erkennen, dass die Thätigkeit unserer Gesellschaft Anerkennung findet und Vertrauen geniesst. Neben dem öffentlichen Dank, den wir den Darbringern dieser Schenkungen auch an dieser Stelle auszusprechen uns gedrungen fühlen, sei es gestattet, dem Wunsch Ausdruck zu geben, dass unsere Gesellschaft auch in Zukunft die Billigung und Unterstützung weiter Kreise von Wohlthätern und Menschenfreunden finden möge.

Nächst den einmaligen Darbringungen sind die jährlichen Unterstützungen der livländischen und estländischen Ritterschaft unserer Gesellschaft besonders werthvoll, denn die sichern als regelmässige Einnahmen vor Allem den Betrieb unserer Leprosorien. Die übrigen Einnahmen setzen sich aus den Zinsen unseres Capitals, den Krankengeldern (bekanntlich leisten die meisten Bauergemeinden für ihre Leprakranken, welche in unseren Leprosorien verpflegt werden, einen monatlichen Zuschuss von 5 Rbl. pro Kranken) sowie den Mitgliedsbeiträgen zusammen. Die Anzahl der Mitglieder unserer Gesellschaft betrug am 1. Januar 1895 710; möge es uns vergönnt sein, die Zahl derselben noch weiter wachsen zu sehen.

Den Einnahmen stehen nun nicht unbedeutende Ausgaben gegenüber, die in erster Linie durch den Unterhalt der Leprosorien von Muhli und Nennal und die Verpflegung der in denselben lebenden Kranken verursacht worden sind.

Der Betrieb des Leprosoriums Muhli hat im Jahr 1894 2825 Rbl. 55 Kop. beansprucht, der des Leprosoriums Nennal 6587 Rbl. 72 Kop. — Hierzu kommen noch 237 Rbl. 55 Kop. für einen in Muhli nothwendig gewordenen Umbau der Badestube und der Waschküche, sowie 518 Rbl. 75 Kop. als Restzahlung für den Erweiterungsbau in Nennal vom Jahr 1893. — Nicht unerwähnt bleibe, dass unsere Gesellschaft es für ihre Pflicht gehalten hat, zwei junge Mediciner, welche die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel zu wissenschaftlich-praktischen Zwecken im Laufe des letzten Sommers an Ort und Stelle untersucht haben, mit je 100 Rbl. zu unterstützen. Auf das Ergebniss dieser Forschungen kommen wir noch zu sprechen. Die Correspondenz, Fahrten nach Nennal, Remuneration der Seelsorger und die sonstigen Betriebskosten haben 334 Rbl. 1 Kop. verzehrt, so dass auch in diesem Jahr noch ein Rest der Einnahmen übrig geblieben ist, der in zinstragenden Papieren angelegt wurde. Das Baarvermögen unserer Gesellschaft bestand somit zum 1. Januar 1895 aus: 20,500 Rbl. in Werthpapieren und 2050 Rbl. 16 Kop. in baarem Gelde.

Wenngleich dieser Cassenabschluss nicht so günstig ist, wie der des vorigen Jahres, so hat er doch einen Capitalzuwachs ergeben, den wir im Jahr 1895 sehr nöthig haben, wie sich sogleich zeigen wird.

Die Generalversammlung beauftragte nämlich den Verwaltungsrath, nunmehr, nachdem alle gesetzlichen Vorbedingungen erfüllt sind, das Leprosorium Muhli käuflich für unsere Gesellschaft zu erwerben. Bisher haben wir dasselbe nur miethweise benutzen können. Die Kaufsumme wird 4000 Rbl. betragen.

Ferner theilte der Herr Präsident der Generalversammlung mit, dass sich auf Initiative des Verwaltungsrathes in Wenden ein Zweigcomité unserer Gesellschaft gebildet hat, welches die Aufgabe hat, in der Nähe von Wenden ein Leprosorium von 40 Betten für lettische Lepröse zu erbauen und das dazu nöthige Grundstück zu kaufen. Im Frühling dieses Jahres soll mit dem Bau begonnen werden. — Die Mittel hierzu hat natürlich die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra herzugeben, deren Capital dadurch sowie durch den Ankauf von Muhli wohl ganz oder nahezu ganz verbraucht werden wird.

Es folgten nun die Rechenschaftsberichte über den Jahresbericht unserer Leprosorien, welche von Herrn Dr. Koppel, dem verwaltenden Arzt des Leprosoriums Muhli, und von Herrn Dr. Walter, dem verwaltenden Arzt des Leprosoriums Nennal vorgelegt wurden. Wir heben aus denselben folgende Daten hervor.

In Muhli befanden sich am 1. Januar 1894 19 Kranke. Neu aufgenommen wurden im Laufe des Jahres 22. Ausgetreten sind 11 und nach Nennal übergeführt 10 Kranke, gestorben einer, so dass sich am 1. Januar 1895 19 Kranke in Verpflegung befanden. Die Beköstigung der Kranken kostet pro Kopf und Tag 15,8 Kop.

In Nennal waren am 1. Januar vorigen Jahres 41 Kranke vorhanden; im Laufe des Jahres wurden aufgenommen 33 Kranke, starben 9 und wurden entlassen 11, so dass zum 1. Januar 1895 54 Aussätzige vorhanden waren.

Im Ganzen hatte unsere Gesellschaft zu Beginn dieses Jahres 73 Kranke in Verpflegung, von denen 54 aus Livland, 14 aus Estland und 5 aus anderen russischen Gouvernements stammen, aber auch in Livland gelebt haben.

Zum Schluss machte Professor Dehio noch einige Mittheilungen über die Herkunft der in den Leprosorien unserer Gesellschaft verpflegten Kranken und über die gegenwärtige Verbreitung der Lepra in Livland.

Seit dem 25 Sept. 1891, wo der erste Kranke das Leprosorium Muhli bezog, hat unsere Gesellschaft im Ganzen 141 Kranke verpflegt, von denen 114 aus Livland gebürtig sind. Von diesen letzteren entfallen auf die Insel Oesel 35, auf den Wolmarschen Kreis 27, auf den Fellinschen Kreis 20, auf den Dörptschen Kreis 11, auf den Pernauschen Kreis 9, auf den Werroschen Kreis 6, auf den Wendenschen Kreis 3, auf den Rigaschen Kreis 3 Kranke. Obgleich sich aus diesen Zahlen keine genaueren Schlüsse auf die Verbreitung der Seuche in Livland ziehen lassen, so zeigen sie doch, dass kein Theil des Landes völlig leprafrei ist und dass die Seuche wenigstens sporadisch überall vorkommt. Nun wissen wir aus den Untersuchungen des Dr. Hellat vom Jahre 1887, dass der Aussatz in manchen kleinen Bezirken des Landes ganz besonders häufig ist und gleichsam Nester bildet, welche als Ansteckungsheerde gefährlich sind. Solche Lepraheerde hat er namentlich auf Oesel im Ansekülschen Kirchspiel (Halbinsel Schworbe) und im Fellinschen Kreise im Tarwast'schen Kirchspiel nachgewiesen. Es war nun von Interesse festzustellen, ob in diesen verseuchten Gegenden die Lepra in den letzten Jahren zu- oder abgenommen hat, und dieser Aufgabe hat sich Herr stud. med. Lohk im verflossenen Sommer unterzogen. Während Hellat auf Oesel vor 7 Jahren nur 25 Lepröse auffinden konnte, hat Lohk daselbst noch jetzt 28 Aussätzige festgestellt, obgleich in den letzten 3 Jahren 35 Aussätzige aus Oesel in unsere Leprosorien übergeführt sind, von welchen letzteren 9 gestorben und 6 wieder entlassen sind, so dass 22 sich noch in Nennal befinden. Auch wenn wir annehmen, dass einige Aussätzige Hellat entgangen sind, so beweisen diese Zahlen doch, dass die Anzahl der Leprösen auf Oesel sich seit den Hellatschen Untersuchungen zum wenigsten verdoppelt hat. Dasselbe betrübende Resultat hat sich im Tarwast'schen Kirchspiel ergeben: während Hellat daselbst nur 24 Lepröse aufgefunden hat, constatirte Lohk vor wenig Monaten allein im Gebiet der Tarwast'schen Bauerngemeinde 50 Aussätzige. Also auch hier eine erschreckende Zunahme der Seuche. Gewiss würden genauere Nachforschungen auch in vielen anderen Gegenden Livlands einen ähnlichen Nothstand ergeben. Für unsere Stadt, von welcher früher angenommen wurde, dass sich in ihr keine Leprösen, ausser den auf den Kliniken behandelten befinden, haben die Nachforschungen des Dr. Koppel erwiesen, dass in derselben wenigstens 18 Aussätzige wohnhaft sind. Die angeführten Thatsachen genügen, um die Nothwendigkeit einer energischen Bekämpfung der Seuche zu beweisen.

Unsere Gesellschaft hat sich die Aufgabe gestellt, zunächst in ihren Leprosorien für möglichst zahlreiche Lepröse Raum zu schaffen. Sobald das Wendensche Leprosorium fertig gestellt sein wird, werden wir 140 Kranke unterbringen können. Die Kosten der Verpflegung derselben werden freilich sehr gross sein, allein unsere Gesellschaft giebt sich der sicheren Hoffnung hin, dass unser Land angesichts der dringenden Gefahr gewiss die Mittel aufbringen wird, ohne die dieser Landescalamität nicht erfolgreich begegnet werden kann.

16. Februar 1895.

Prof. K. Dehio,
Vice-Präses der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra.

Vermischtes.

— Am 25. März begeht der hiesige bekannte Arzt Dr. A. Ebermann das 40-jährige **Jubiläum seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit.** Der Jubilar war lange Zeit Director der Heilanstalt der Kai-

serlichen Philanthropischen Gesellschaft und ist gegenwärtig bekanntlich Präses der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung.

— Vor Kurzem feierte der Senior der Wilnaschen Aerzte, Staatsrath Dr. Julius Titzius, sein 50-jähriges Arzt-Jubiläum.

— Die Dienstgenossen des Oberarztes der hiesigen Nikolai-Cavallerie-Schule, wirkl. Staatsraths Dr. J. Grimm, welcher zum Divisionsarzt ernannt ist, veranstalteten zu Ehren desselben ein Abschiedsdiner und überreichten ihm ein werthvolles Geschenk zum Andenken.

— Der Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Fürst Tarchan-Mourawow, ist nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist mit Uniform verabschiedet worden. Am 2. März hat er seine letzte Vorlesung in der Academie gehalten, bei welcher Gelegenheit ihm seitens der Studirenden Ovationen bereitet wurden. — Dem Vernehmen nach, ist Prof. Tarchanow zum Präses der medicinischen Prüfungscomission an der Kiewer Universität ernannt worden.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich mit Genehmigung der Conferenz der genannten Academie die DDr. Borissow und Moissejew als Privatdocenten habilitirt, ersterer für Physiologie letzterer für pathologische Anatomie. Dr. Borissow ist vor Kurzem aus dem Auslande zurückgekehrt, wohin er zur weiteren Vervollkommung von der Academie geschickt war; Dr Moissejew fungirt gegenwärtig als Prosector am hiesigen Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg.

— Zum Gehülfen des livländischen Gouvernements-Medicinalinspectors ist der bisherige Gehülfe des transbaikalischen Gebietsarztes, wirkl. Staatsrath Alexejew, ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 20. Februar im Kreise Rjashsk (Gouv. Rjasan) der Landschaftsarzt J. J. Jastrebow im 31. Lebensjahre am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken in einem Dorfe inficirt hatte. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität i. J. 1889 nahm er die Arztstelle im obengenannten Kreise an, wo er sich bald die Achtung und Liebe der Bevölkerung erwarb. Er hat, wie das so häufig unter den Aerzten vorkommt, seine Frau mit 3 kleinen Kindern ganz mittellos zurückgelassen. 2) In Starobelsk der Arzt des dortigen Gymnasiums Xaver Karago im Alter von 64 Jahren. Der Hingeschiedene widmete sich, nachdem er 1856 den Cursus als Veterinär an der Veterinärschule in Charkow absolvirt, dem Studium der Medicin in der Charkower Universität, an welcher er 1863 den Arztgrad erlangte. Im Jahre 1866 wurde er Stadtarzt von Starobelsk und leitete als solcher zugleich das Stadthospital. Seit 1871 fungirte er auch als Arzt am örtlichen Gymnasium. Obschon er unverheirathet war, hat er doch nichts hinterlassen. Die Beerdigung geschah auf Kosten des Gymnasiums. Die Stadteinwohner haben beschlossen ihrem langjährigen beliebten ärztlichen Berather ein Denkmal zu errichten. 3) In Jenotajewsk (Gouv. Astrachan) der Bezirksarzt des Astrachanschen Kosakenheeres M. G. Senjagin, 39 Jahre alt, welcher sich vergiftet hat. 4) In St. Petersburg die Aerztin Julie Held, geb. Jachontow. 5) In Florenz der bekannte Augenarzt Dr. Max. Landesberg im 55. Lebensjahre an einer Nierenkrankheit. Der Verewigte stammte aus Livland, studirte aber in Berlin Medicin, wo er auch Assistent von Graefe war. Später ging er nach Amerika und wirkte dort viele Jahre als Arzt in Philadelphia und New York. Er ist auch vielfach literärisch thätig gewesen.

— Der hiesige Arzt D. A. Henick hat die Concession erhalten, in St. Petersburg eine neue Monatsschrift unter dem Titel «Журналъ для всѣхъ» (Journal für Alle) unter Präventivcensur und unter seiner Redaction herauszugeben.

— Die Senckenbergische naturforschende Gesellschaft in Frankfurt am Main hat Prof. Behring für seine Verdienste um das Diphtherie-Heilserum den Tiedemann-Preis verliehen.

— An der Universität Jena ist der Privatdocent Dr. Häckel zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie ernannt worden.

— Die Privatdocenten der Breslauer Universität Dr. K. Hürthle und Dr. E. Kaufmann sind zu Professoren ernannt worden, ersterer für Physiologie, letzterer für pathologische Anatomie.

— Die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades finden im laufenden Jahre an der militär-medicinischen Academie vom 25. April bis 15. Mai und vom 10. September bis zum 11. November statt.

An der militär-medicinischen Academie halten im laufenden Studienjahre 21 ordentliche und 10 ausserordentliche Professoren Vorlesungen. Die Zahl der Prosectoren der Academie beträgt 11, die der Laboranten 3 und die der Assistenten 22. Beim Lehrstuhl der Anatomie sind 3 Präparatoren (für die technische Arbeiten in der Anatomie) und 1 Conservator beim zoologischen Cabinet angestellt.

— Das hiesige Kais. Institut für Experimental-Medicin hat jetzt mit dem Ablass des im Institut selbst hergestellten Diphtherie-Heilserum begonnen. Aerzte, Apotheker, Communal- und Regierungs-Institutionen haben sich wegen Bezugs des Heilserums an die Kanzlei des Instituts (St. Petersburg, Apotheker-Insel, Lopuchinskaja № 12) zu wenden. Das Serum wird in Glasampullen abgelassen und zwar mit einem Inhalt von 20 Ccm., welche, wie das Behring'sche Heilserum Nr. II, 1000 Antitoxinnormaleinheiten repräsentiren. Mit der Steigerung der Immunität der Thiere wird später auch stärkeres Heilserum hergestellt werden. Der Preis beträgt pro Fläschchen mit 1000 Antitoxineinheiten ohne conservirenden Phenolzusatz 2 Rbl., mit Phenolzusatz 3 Rbl.

— Acten des XI. internationalen Medicinischen Congresses in Rom. Die Präsidenz macht allen Theilnehmern bekannt, dass der internationalen Buchhandlung von Rosenberg & Sellier in Turin (Italien) die Vertheilung der Congressacten anvertraut worden ist. Die Buchhandlung Rosenberg & Sellier verschickt vorerst den ersten Band der Acten, gegen Einzahlung von Francs 1,15 für Portospesen an alle Herrn, welche durch die regelrechte Einschreibung zum Congresse das Recht auf die kostenfreie Erlangung der Acten erworben haben. Für recommandirte Einsendung bittet man 25 Cent. hinzuzufügen. In gleicher Zeit macht dieselbe einem gerechten Wunsch des Herrn Clausen folgend, bekannt, dass das Circular, von welchem sie in der letzten Veröffentlichung sprach, und welches einige Congressisten missverstanden haben, nicht von der Buchhandlung Löscher in Turin, von welcher Herr Carlo Clausen Besitzer ist, ausging, sondern von dem Hause Löscher & Co. in Rom.

— Vom 2.—5. April wird zu München unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrath v. Ziemssen der XIII. Congress für innere Medicin tagen. Die Sitzungen finden im grossen Saale des «Bayrischen Hofes», Promenadeplatz 19, statt, woselbst sich auch das Empfangsbureau befindet. Als schon länger vorbereitete Verhandlungsgegenstände stehen auf dem Programme: Die Eisentherapie (Referenten die Herren Quincke-Kiel und Bunge-Basel); die Erfolge der Heilserumbehandlung der Diphtherie (Referent Herr Heubner-Berlin), die Pathologie und Therapie der Typhlitiden (Referenten Herr Sahli-Bern und Herr Helferich-Greifswald). Ausserdem haben bisher 55 Herren Einzelvorträge angemeldet. Theilnehmer für einen einzelnen Congress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mark. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 11 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

Mit dem Congresse ist in einem Nebenraume des Sitzungssaales eine Ausstellung von neueren ärztlichen Apparaten, Instrumenten, Präparaten u. s. w., so weit wie sie für die innere Medicin Interesse haben, verbunden. Anmeldungen für dieselbe sind an Herrn Geheimrath v. Ziemssen (München) zu richten.

— Handbuch der Laryngologie und Rhinoscopie. Folgende Herren haben sich zur Bearbeitung eines von P. Heymann herauszugebenden Handbuches der Laryngologie und Rhinoscopie vereinigt:

Dr. Bergengrün, Riga.	Dr. F. Klemperer, Strassburg.
Geh. R. v. Bergmann, Berlin.	Prof. Kilian, Freiburg i. Br.
Dr. Bloch, Freiburg i. B.	Hofr. Dr. Krieg, Stuttgart.
Prof. P. Bruns, Tübingen.	Dr. Kronenberg, Solingen.
Prof. O. Chiari, Wien.	Stabsarzt Dr. Landgraf, Berlin.
Prof. Disse, Halle.	Dr. Victor Lange, Kopenhagen.
Prof. Einthoren, Leiden.	Dr. Michael, Hamburg.
Prof. J. Rich. Ewald, Strassb.	Geh.-R. Dr. Mikulicz, Breslau.
Geh.-R. B. Fraenkel, Berlin.	Dr. Onodi, Pest.
Dr. Eugen Fraenkel, Hamburg.	Prof. Pieniareck, Krakau.
Prof. Gaula, Zürich.	Dr. A. Rosenberg, Berlin.
Dr. Gerber, Königsberg.	Dr. Max Schaeffer, Bremen.
Dr. M. Hajeck, Wien.	Prof. Schech, München.
Dr. Hansemann, Berlin.	Prof. Schieferdecker, Bonn.
San. R. Hopmann, Coeln.	Prof. M. Schmidt, Frankf. a/M.
Prof. Surasz, Heidelberg.	Prof. v. Schrötter, Wien.
Dr. Kayser, Breslau.	Dr. Seifert, Würzburg.
Dr. Spiess, Frankf. a/M.	Prof. Semon, London.
Prof. Stoerck, Wien.	Dr. Rich. Wagner, Halle.
Prof. Strübing, Greifswald.	Prof. Zuckerkandt, Wien.

Das Handbuch soll in umfassender Weise den jetzigen Standpunkt unseres Wissens zum Ausdruck bringen. Es wird beabsichtigt, die Literatur in möglichst vollständiger Weise anzuführen. Um dies zu Gewähr leisten, ersuchen wir die Herren Fachgenossen Separatabdrücke oder Verzeichnisse ihrer Arbeiten an den Herausgeber: P. Heymann, Berlin, W. Potsdamerstr. 131, einsenden zu wollen.

— Dr. Unnas dermatologische Preisaufgabe für das Jahr 1895. Da der Preis für die Aufgabe des vorigen Jahres nicht ertheilt werden konnte, so wird dieselbe für dieses Jahr noch einmal ausgeschrieben. Der Preis beträgt jetzt das Doppelte des vorigen, d. h. M. 600. Die Aufgabe für 1895 lautet also wiederum:

Es soll untersucht werden, ob und inwieweit die in neuerer Zeit aufgestellten Behauptungen, dass kollagene, elastische Fasern und sesshafte (pigmentirte) Bindegewebszellen in die normale Stachelschicht hineinreichen, begründet sind.

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1895 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Die genaueren Bedingungen nebst practischen Hinweisen zur Lösung sind von genannter Verlagsbuchhandlung zu beziehen.

— Der Kinderarzt Canini in Livorno, welcher vor Kurzem gestorben ist, hat sein ganzes Vermögen von 2.300.000 Lire für ein Kinderhospital, in welchem arme an Diphtherie erkrankte Kinder unentgeltlich mit Serum behandelt werden sollen bestimmt.

— Die Ankündigung, dass in Paris das Diphtherieserum in Apotheken zum Verkauf gestellt werde, hat unter den Parisern grosse Entrüstung hervorgerufen. Diese hatten nämlich vorausgesetzt, dass das Serum unentgeltlich an die Diphtheriekranken vertheilt werden würde, da ja die Subscription zu diesem Zweck fast 700,000 Francs ergeben habe. Im Institut Pasteur haben die Proteste des Publicums sehr peinlich berührt, und man hat sich dort zu einer Erklärung des Sachverhalts entschlossen. «Wir haben 100 Pferde angekauft», erklärt man im Institut Pasteur, deren jährlicher Unterhalt (Nahrung, Bedienung, Stallmiethe) pro Kopf ungefähr 1000 Fr. kostet. Das macht für 100 Pferde 100,000 Francs pro Jahr. Die durch Subscription gesammelten 6—700,000 Frcs. können nun aber höchstens 30,000 Francs Zinsen bringen, so dass wir die erforderlichen übrigen 70,000 Francs durch den Verkauf des Serums herausschlagen müssen. Aber das ist noch lange nicht Alles. Seit der Entdeckung des Serums haben wir beinahe 50.000 Dosen desselben unentgeltlich vertheilt; jede derselben kam uns auf 6 Francs zu stehen so dass wir eine Gesammtausgabe von 300.000 Francs hatten.» — Uebrigens wird das Serum auch weiterhin in allen Hospitälern, in den Localen der philanthrophischen Gesellschaften gratis ausgefolgt werden. Das Serum wird in den Apotheken 6 Francs pro Flasche und 3 Francs pro halbe Flasche kosten. Die Apotheken erhalten 25 pCt. Rabatt. (A. m. C. Ztg.)

— Die Cholera herrscht in Russland nach dem neuesten officielien Cholera-Bulletin noch in zwei Gouvernements, und zwar in Wolhynien, wo vom 12.—25. Februar 69 Personen erkrankten und 44 starben, und in Podolien, wo in der Woche vom 19.—25. Februar 5 Neuerkrankungen und 3 Todesfälle an der Cholera vorkamen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 11. März d. J. 7177 (27 weniger als in d. Vorwoche), darunter 239 Typhus — (= der Vorwoche), 777 Syphilis — (3 mehr), 112 Scharlach — (13 wen.), 35 Diphtherie — (11 mehr), 26 Masern — (5 mehr) und 21 Pockenkranke (2 mehr).

Vacanzen.

1) Es wird ein Arzt für das Michael-Hospital in Ssaransk (Gouv. Pensa) gesucht. Gehalt 1200 Rbl. nebst freier Wohnung. Man beliebe sich zu wenden an die «Саранская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Krasnoslobodsk (Gouv. Pensa). Gehalt 1000 R. und Quartiergeld 200 R. jährl. Adresse: «Краснослободская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. März bis 11. März 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
439	439	878	172	65	109	18	12	32	73	80	82	69	84	54	26	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 5, Masern 7, Scharlach 14, Diphtherie 14, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 79, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 122, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 35, Krankheiten der Verdauungsorgane 51. Todtgeborene 32.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. März 1895.

Tagesordnung: 1) Dr. Kroug und Dr. Hackel: Zur Behandlung der Obstipation.
2) Dr. Richter: Ueber Aethernarkose.
3) Dr. Lunin: Zur Serumtherapie.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 20. März 1895.



Дозв. ценз. Спб. 18 Марта 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 12 St. Petersburg, 25. März (6. April) **1895**

Inhalt: O. Petersen: Der gegenwärtige Stand der Syphilis Behandlung. — **Referate:** N. Kirikow: Ueber die Veränderungen des Magensaftes bei einigen Leberkrankheiten und bei Zuckerharnruhr. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** A. Gottstein und C. Schleich: Immunität, Infectionstheorie und Diphtherieserum. — **Zuschrift.** — **Vermischtes.** — **Vacanzen.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Der gegenwärtige Stand der Syphilis-B handlung.

Vortrag, gehalten auf dem VI. livländischen Aerztetage.

Von

Dr. O. Petersen.

M. H.! Als mir in diesem Sommer unser allverehrter Präsident den Vorschlag machte, auf dem diesjährigen Aerztetage einen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Syphilisbehandlung zu halten, schwankte ich lange, ob ich auf diese Proposition eingehen sollte. Unwillkürlich drängte sich mir die Frage auf, ob ich Ihnen, die Sie ja Alle beständig der medicinischen Tagesliteratur folgen, etwas Neues bieten, oder wenigstens durch meine Mittheilung eine genügende Anregung zu weiterer Arbeit geben könnte. Andererseits ist im letzten Decennium so unglaublich viel über Syphilis-Therapie publicirt worden, dass es in der kurz bemessenen Zeit eines Vortrages kaum möglich ist einen kritisch gesichteten Ueberblick der neuesten Litteratur zu geben. Nun, ich will den Versuch wagen und bitte von vorn herein um Entschuldigung wenn es mir nicht gelungen, der mir gestellten Aufgabe gerecht geworden zu sein.

Vor einigen Jahren sagte mir ein alter College, der als Oberarzt eines Syphilishospitales noch jetzt thätig ist: «Ach, was ist denn an der heutigen Syphilis-Therapie Neues, vor 40 Jahren gab es schon die 2 Mittel, Jod und Quecksilber, und so steht es auch noch heute, was kann man da noch weiter haben wollen, darüber kommen wir doch nicht hinaus»!

Nun so einfach liegt denn die Sache doch nicht, und wenn ich unseren heutigen Standpunkt mit demjenigen vergleiche, mit welchem wir vor 20 Jahren in die Praxis traten, so sind doch recht wesentliche Fortschritte zu constatiren.

Als wichtigsten Schritt möchte ich vor Allem hervorheben, dass trotz der modernen Richtung der Specialisirung doch immer mehr Stimmen gerade im Kreise der Specialisten für Syphilis laut werden, die darauf drängen, dass die Syphilis-Therapie nicht eine Domaine der Specialisten, sondern Allgemeingut werden sollte, die Behandlung einer so verbreiteten Volksseuche muss jedem Arzte geläufig sein und dafür zu sorgen muss eine Hauptaufgabe der Syphilidologen sein! Dieses ist auch der Beweggrund, weshalb ich es übernahm, heute hier über die Syphilis-Therapie zu sprechen.

Wenn wir die Therapie der früheren Zeiten mit der gegenwärtigen Behandlungsart vergleichen, so zeigt sich der Hauptunterschied darin, dass man früher die Syphilis, jetzt aber die Syphilitiker behandelt, d. h., früher achtete man darauf à tout prix die Syphilis-Erscheinungen wegzuschaffen, einerlei, ob dabei der Patient herunter kam oder nicht durch mangelhafte Ernährung, Salivation, Mangel an Luft etc.

Heute achten wir vor Allem darauf, dass der Patient unter möglichst guten hygienischen Verhältnissen stehe, gut genährt werde und, ausser auf die Syphilis achten und behandeln wir alle gleichzeitigen anderen Krankheiten der Syphilitiker. Wem von uns ist es nicht z. B. bekannt, welche Rolle die Tuberculose oder Scorbut beim Syphilitiker spielen und wie schlecht das Hg. bei diesen Complicationen vertragen wird!

Bevor wir die specifische Behandlung beginnen, ist es unsere Pflicht den Allgemeinzustand des Patienten zu heben. Alles was den Stoffwechsel fördert, hat einen günstigen Einfluss auf den Rückgang der Syphilis. Auch die günstige Wirkung der Schwefelbäder findet ihre Erklärung darin, dass sie den Stoffwechsel beschleunigen.

Bevor wir uns nun zu den specifischen Mitteln gegen Syphilis wenden, haben wir vor Allem die sogen. Abortiv-Behandlung zu besprechen, die darin besteht, dass man die Initialsclerose entfernt. Früher suchte man sie durch Aetzmittel zu zerstören, in der Neuzeit wurde die Excision der Initialsclerose empfohlen.

Bezüglich der Initialsclerose herrschen bekanntlich 2 Anschauungen. Die Einen sagen, dieselbe sei bereits die Erscheinung der Allgemeinerkrankung des Organismus, daher ist eine Excision zwecklos. Die anderen sind der Ansicht, dass die Initialsclerose (der harte Schanker)

anfangs nur den Heerd einer localen Infection darstelle, entfernt man denselben, bevor sich das Virus weiterverbreitet, so kann der Patient vor der Allgemeinerkrankung geschützt werden. Theoretisch klingt das sehr gut, die Praxis lehrt jedoch, dass wir von der Excision des harten Schankers kaum viel zu erwarten haben. Ich selbst habe über 500 mal die Initialsclerose excidirt, jedoch nur in einem Falle ein positives Resultat erzielt, quoad restitutionem ad integrum. Wohl aber habe ich nicht selten eine andere Beobachtung gemacht: wenn die Initialsclerose entfernt worden, so bedurfte es geringerer Mengen Hg., um die Erscheinungen der Syphilis zum Schwund zu bringen.

Folglich befürworte ich die Excision der Initialsclerose (wenn sie am Präputium sitzt und bei gleichzeitiger Circumcision leicht entfernbar), weil dann gewöhnlich der Verlauf der frischen Syphilis ein schnellerer ist. Ob sie auf die Zahl und Intensität der Recidive von Einfluss, lasse ich unentschieden, da in dieser Beziehung die Lebensverhältnisse der Patienten eine nicht geringe Rolle spielen.

Wir kommen nun zu den bekannten specifischen Mitteln gegen Syphilis, das Hg und Jod, und fügen gleich hinzu, dass darüber wohl Alle einig sind, dass das Hg jedenfalls, wenn nicht besondere Contraindicationen vorliegen, dasjenige Mittel ist, welches in erster Linie genannt zu werden verdient, d. h. wenn wir einen Patienten mit frischer Syphilis vor uns haben, muss unser erster Gedanke sein, hier ist zur Hg-Behandlung zu schreiten.

Da tritt denn sofort an uns die Frage heran: wann soll man mit der Hg-Behandlung beginnen?

Die bisher herrschende Ansicht war, dass man mit der Hg-Cur wartet, bis das Exanthem aufgetreten, als sogen. secundäre Erscheinung. Ich muss gestehen, dass es mir immer schwer gewesen, namentlich im Hospital, wo jeder Tag dem Patienten, wie auch dem Hospital eine gewisse Summe Geldes kostet, unthätig zu sein, abwartend, bis sich endlich das Exanthem zeigt. Andererseits musste ich mir sagen, dass dieser Modus agendi so garnicht mit unseren Anschauungen bezüglich der Infectionskrankheiten überhaupt übereinstimme. Es wird doch Niemand einfallen, beim Typhus exanthematicus, Milzbrand etc. etc. erst ein bestimmtes Stadium abzuwarten, bevor er seinen Kampf gegen die Infection beginnt. Als sich daher die ersten Stimmen vernehmen liessen, die für die sogen. Frühbehandlung der Syphilis plaidirten, begann auch ich damit und kann heute auf Grund eigener Beobachtung an weit über 500 Patienten sagen, dass sie entschieden rationell und erfolgreich ist und uns den grossen Vortheil bietet, nicht mehr in den Hospitälern die Patienten wochenlang zu halten, bevor wir die Allgemeinbehandlung beginnen. Einen Nachtheil habe ich nie davon gesehen, Recidive traten jedenfalls nicht öfter auf, als bei der früheren Behandlungsweise. Ja, ich habe eine Reihe von Fällen beobachtet, wo die Roseola überhaupt nicht, oder nur sehr spärlich auftrat. Nur ein Punkt ist bei der Frage von der Frühbehandlung von ganz ausserordentlicher Wichtigkeit, das ist die genaue Diagnose der Initialsclerose. Sobald auch nur der leiseste Zweifel darüber besteht, dass wir es nicht mit der specifischen Initialsclerose zu thun haben, dann lieber das Exanthem abwarten. Aber es giebt jedenfalls eine grosse Reihe von Fällen, wo die charakteristische Härte des Bodens einer oberflächlichen, wenig secernirenden Ulceration, begleitet von Scleradenitis der nächstgelegenen Drüsen keinen Augenblick in Zweifel lässt, dass wir es mit Syphilis zu thun haben. Dann beginne man sofort mit der Hg-Kur, wenn keine sonstige Contraindication (schlechte Ernährung, Tuberculose, Scorbut) vorliegt.

Nun kommen wir zur nächsten Tagesfrage, welche Art der Hg-Behandlung ist die beste?

Bekanntlich bestehen gegenwärtig 3 Arten der Hg-Behandlung:

1) Die innere Verabreichung.

2) Die Einreibungen.

3) Die Injectionen von löslichen resp. unlöslichen Hg-Salzen.

Ausserdem sind noch als neuere, jedoch nicht allgemein gebräuchliche Applicationsarten des Hg empfohlen worden: Von Unna das Belegen grösserer Hautpartieen mit Hg.-Pflaster, von Watraczevski das Einschütten von Calomel in die Strümpfe, von Welander das Bestreichen der Haut mit Hg.-Salbe, von Ehrmann und Gärtner das Einführen von Hg. in die Haut durch Kataphorese im Bade.

Auf dem XI. internationalen med. Congress in Rom hat Baccelli intravenöse Injectionen von Sublimatlösungen vorgeschlagen und hat G. Lewin. wie er am 10. Juli a. c. in der Berliner dermatologischen Vereinigung mitgetheilt 3 Fälle derartig behandelt (zu 0,003—0,006 pro dosi), vorläufig ohne Erfolg.

Es würde uns zu weit führen, über diese noch wenig erprobten Methoden ausführlicher zu sprechen, aus eigener Erfahrung kann ich nur sagen, dass sowohl der Unna'sche Vorschlag, wie auch das Watraczevski-sche Verfahren in Ausnahmsfällen, zur Aushülfe auf Reisen, für kurze Zeit ganz praktisch, im Uebrigen aber als systematische Behandlung kaum je mit den übrigen, üblichen Methoden concurriren können und wohl auch nicht sollen.

Bei den zahlreichen Debatten in verschiedenen ärztlichen Gesellschaften und in den Zeitschriften, welche der 3 Hauptmethoden: innere Behandlung, Einreibung, Injectionen, die wirksamste, ist viel gestritten worden, wie mir scheint, mit Unrecht. Wirksam sind alle 3 Methoden, das steht ausser allem Zweifel und es lässt sich schwer sagen, welche die wirksamste, denn bei dem Urtheil darüber herrscht ein merkwürdiger Subjectivismus, je nach der Schule, aus welcher die Debattirenden stammten. Namentlich ist die Injection unlöslicher Hg-Salze viel angegriffen worden und noch heute wollen die französischen Collegen den Injectionen nicht die Gleichberechtigung mit den Hg.-Einreibungen zuerkennen, selbst so achtungswerthe Specialcollegen, wie Fournier, der in seinem so geistreich geschriebenen Buch «la therapie de la syphilis» wohl die guten Seiten der Injectionstherapie anerkennt, aber eine Reihe Einwendungen gegen sie erhebt, die aber keine Kritik aushalten. Es ist eben schwer, sich von dem «von den Vätern Ererbten» loszusagen. Ricord aber stellte in die erste Linie Hg.-Pillen, dann Einreibungen. Die Injectionsmethode aber kannte er eben zu wenig. Ja, wenn Ricord sie empfohlen hätte, dann würde sie weniger Gegner finden. Es dauert eben eine bestimmte Zeit, bis sich eine neue Behandlungsmethode einbürgert.

Wenn wir nun auch wissen, dass alle 3 Methoden der Hg.-Einführung in den Körper wirksam sind gegen den Syphilisprocess, so hat doch jede derselben auch ihre Schattenseiten und daraus resultirt, dass wir eben individualisiren müssen, d. h. in jedem gegebenen Falle die Contraindicationen zu berücksichtigen haben, die auch verschieden sind je nach den Verhältnissen, wie Alter, Constitution, sociale Lage etc.

Die interne Hg.-Behandlung, die jetzt zum grösseren Theile verlassen worden, hat den grossen Nachtheil, dass bei längerer Kur, wie sie gegen Syphilis nöthig ist, leicht der Verdauungsapparat angegriffen wird.

Die Einreibungen mit grauer Salbe haben den grossen Nachtheil, namentlich in der ambulanten Praxis (und wir müssen in Betracht ziehen, wie gross doch gerade die Zahl der Syphilitiker unter der Landbevölkerung ist), dass man nicht weiss, wie der Patient die Einreibungen ausführt. Selbst in der Hospitalpraxis,

in den grossen Specialhospitälern, kann man nicht genügend controlliren, ob die Frictionen und wie sie gemacht werden.

Lehrreich dafür ist folgendes Beispiel: Als vor einer Reihe von Jahren in dem St. Petersburger Kalinkinhospital für weibliche Syphiliskranke eine Abtheilung remontirt, und dabei ein Ofen abgerissen wurde, fand man auf demselben einen ganzen Haufen Päckchen mit grauer Salbe. Statt die Salbe einzureiben, hatten die Pat. sie dorthin geworfen. Und die Aerzte mögen sich wohl gewundert haben, dass das Hg. nicht wirkte.

Ferner ist es nicht möglich, Einreibungen zu verwenden, wenn Pat. eine sehr stark behaarte Haut hat, oder mit ulcerirten Syphiliden bedeckt ist. Nicht selten hindern ihn auch die socialen Verhältnisse, die Einreibungen auszuführen.

Gegen die Injectionen führt man an, dass sie mit löslichen Salzen alle 1—2 Tage gemacht werden müssen, was in der Privatpraxis und Ambulanz schwerer für den Patienten durchführbar. Bezüglich der tiefen Injectionen mit Emulsionen unlöslicher Hg.-Salze wird die Schmerzhaftigkeit (die übrigens meist nicht bedeutend) angeführt, sowie die Gefahr der Embolien (die jedoch minimal, da sie mir bei vielen Tausenden von Injectionen nie vorgekommen).

Die Abscessbildung nach den Injectionen beobachtete man wohl bei Einführung von Calomel resp Hydrarg. oxydat. flavum. Bei dem Hydrarg. salicylicum kommt sie aber nicht mehr zur Beobachtung. Die Gefahr der Hg. Vergiftung aber ist nach den Injectionen nicht grösser als nach den Einreibungen. Somit kann ich Ihnen auf Grund langjähriger eigener Erfahrungen die Versicherung geben, dass Hg. Einreibungen und unlösliche Hg. Injectionen was die Wirksamkeit betrifft gleichzustellen sind, bezüglich der Anwendung in der ambulanten wie der Hospitalpraxis aber die Injectionen ihrer bequemeren Anwendungsweise wegen vorzuziehen sind, wenn keine Contraindicationen vorliegen.

Als Contraindicationen gegen die Injectionsbehandlung sind anzusehen.

1) Schlechte Ernährung.

2) Kindesalter.

3) Tuberculose, selbst geringen Grades (daher ist jeder Syphilis-Patient vor Beginn der Allgemeinbehandlung genau auf den Zustand seiner Lungen zu untersuchen).

4) Nephritis (daher die Harnuntersuchung nie zu versäumen)

5) Allgemeine Nervosität (wegen der erhöhten Schmerzempfindlichkeit).

In allen diesen angeführten Fällen greift man lieber zu Einreibungen, jedenfalls aber gleichzeitig auf den Zustand der Nieren und Lungen achtend. Dieses ist bisher viel zu häufig ausser Acht gelassen worden und so mancher Misserfolg einer Hg. Behandlung ist wohl auf Nichtbeachtung dieser Organe zu schieben.

Vertragen werden die Injectionen gut (ich wende ausschliesslich Hydrargyrum salicylicum an, suspendirt in Vaselinum liquidum. Hg. sal. 1,0: Vaselin. liquid. 10,0); der beste Beweis dafür ist, das namentlich die Patienten der niederen Stände oft bitten, ich möge ihnen doch wieder Injectionen machen. Hier wäre aber gleich zu bemerken, dass namentlich nach der 1. Injection nicht selten eine Temperatursteigerung, nach einigen Stunden p. injectionem auftritt, die mit Schweiss endigt. Auch Erythema medicamentosum kommt vor, ebenso wie nach Einreibungen.

Was nun die Dosirung anbetrifft, so injicirt man gewöhnlich 1 Mal wöchentlich (und dieses ist der grosse Vortheil für den Patienten, namentlich in der Landpraxis) 0,1 Hg. salicylic. in die regio fossae trochantericae posterior, von oben und aussen nach unten und innen, so dass die Injectionsmasse intragluteal zu liegen kommt. Locale Infiltrate kommen vor, aber nicht immer und in geringerem Grade, als nach Sublimat-Injectionen. Die 1. und 2. Injection mache ich, der zu erwartenden Reaction wegen gewöhnlich zu 0,05. Die Wirkung ist stets eine gute und zwar sowohl bei frischer, als auch bei tardiver Syphilis. Dieses im Gegensatz zu den Einreibungen, die oft bei veralteten Spätformen der Syphilis (wenn nicht gleichzeitig Schwefelbäder gegeben werden) nicht wirken, weshalb wohl auch die alte Regel Ricord's entstanden, bei frischer Syphilis — Hg, bei alter Syphilis — Jodkali.

Bei frischer Syphilis mache ich durchschnittlich 8—12 Injectionen zu 0,1 Hg. sal., bei Recidiven 4—8 Injectionen, dieses entspricht 30—40 resp. 15—30 Einreibungen. Bezüglich der Quantität der einzuführenden Hg. Menge fehlt uns noch ein rein wissenschaftliches Kriterium, wir handeln da völlig empirisch. Hoffentlich bringt uns die nächste Zeit in dieser Beziehung Fortschritte, wenn wir erst eine einfache, leicht durchführbare Methode der Hg. Bestimmung im Harne haben, dann kann man sich bei der Einführung von Hg. von der Intensität der Hg. Ausscheidung durch den Harn leiten lassen. Dr. Prochorow, Landarzt im Jamburg'schen Kreise berechnet die einzuführende Hgmenge pro Kilometer Körpergewicht und ist dabei zu ganz merkwürdigen Resultaten gekommen, er führt ganz enorme Quantitäten ein, ohne Vergiftungserscheinungen zu erhalten, der Erfolg ist jedoch nicht günstiger, als beim Einführen kleiner Dosen, wie wir es thun.

Wir kommen nun zu einer weiteren, erst in neuerer Zeit von Fournier aufgeworfenen Frage, wann soll man die Hg. Behandlung wiederholen, in bestimmten Zeiträumen, ob Erscheinungen da sind oder nicht, oder nur dann, wenn Recidive auftreten. Der Lehrsatz lautet: Syphilis ist eine chronische Infectionskrankheit, folglich erheischt sie auch eine chronische Behandlung. Diese Lehre hat vielfach Anhänger gefunden, wohl auch bei Einigen der anwesenden Collegen, ich kann mich jedoch nicht zu denselben rechnen, denn wenn wir eine Kur einleiten, müssen wir doch eine sichtbare Erscheinung haben, gegen die wir vorgehen. So aber wissen wir nicht, ob im gegebenen Augenblick irgend wo Syphilisherde durch das eingeführte Hg. erreicht und vertilgt werden. Andererseits ist doch Hg. kein indifferentes Mittel und wir wissen ganz gut, dass der Körper nur bis zu einer gewissen Grenze mit Hg. gesättigt werden kann, erhält er zu viel Hg., so wirkt dieses nicht mehr günstig, sondern ungünstig auf die Syphiliserscheinungen. Eine Erklärung dafür fehlt uns, die Thatsache aber ist unleugbar. Daher dürfte es doch rationeller sein, nur dann Hg. einzuführen, wenn es durch irgend eine Syphilis-Erscheinung motivirt wird. Das Wichtigste ist, die erste Kur systematisch durchzuführen (meist geschieht das ja leider nicht, namentlich in der ambulatorischen Praxis) und jedes Recidiv sofort zu behandeln. So halte ich es seit Jahren und kann mit dem Resultat nur zufrieden sein. Die Häufigkeit der Recidive ist sehr verschieden, wirken doch ausser der vorhergegangenen Behandlung zu ihrem Erscheinen noch viele andere Ursachen mit, wie unregelmässiges Leben, Ausschweifungen und geistige Ueberanstrengung etc. Jedenfalls kann man nicht, wie es Manche thun, als Kriterium für den Werth einer Behandlungsmethode die Häufigkeit der Recidive benutzen.

Gern würde ich nun noch die Frage über die Jod-Behandlung der Syphilis eingehender besprechen, doch würde uns das zu weit führen und zu viel Zeit in Anspruch nehmen. Ich kann nur sagen, dass man mit den grossen Dosen Jodkali, wie sie heut zu Tage so beliebt sind, zu weit geht und auch Fournier nimmt

jetzt diesen Standpunkt ein, er geht nicht über 10,0 pro die. Mehr zu geben ist nutzlos für den Patienten und dabei angreifend für die Tasche, namentlich in der Land- und Hospitalpraxis. Meist erreicht man auch Erfolge mit kleinen Dosen 1—4,0 pro die. Andererseits wird auch noch zu wenig auf die Nebenwirkungen Gewicht gelegt, besonders auf die Gefahr der Glottis-Oedeme, die schon Manchem das Leben gekostet haben, daher sei man vorsichtig bei der ersten Anordnung von Jod an einem unbekannten Patienten.

Zum Schluss möchte ich noch der anderen in letzter Zeit empfohlenen Mittel gegen Syphilis Erwähnung thun, wie das innerliche Verabreichen von Jodoform, Jodol und Europhen. Keines dieser Mittel hat sich bewährt und die Concurrenz mit unseren althergebrachten Mitteln aushalten können, ebenso wenig das von Güntz so sehr recomandirte Chromwasser.

Wohl aber wurde im vergangenen Jahre ein Mittel vorgeschlagen, welches a priori viel versprach und in seiner theoretischen Begründung sehr verlockend schien, eine neue Aëra der Syphilisbehandlung uns verheissend, ich meine die Serumtherapie. Tommasoli, Fournier und Bonadun veröffentlichten Fälle, in denen sie Syphilis-Patienten Injectionen mit Serum von Thieren (Hunden, Pferden, Kaninchen) die ja bekanntlich immun gegen Syphilis sind, gemacht und guten Erfolg erzielt hatten, doch die Kritik blieb nicht aus und bald darauf erschienen die Mittheilungen von Kollmann (Leipzig) die negative Erfolge aufwiesen. Jedoch wer weiss, vielleicht führt dieser Weg uns doch noch zu günstigen Resultaten und das wäre in der That dann ein grosser Fortschritt in der Syphilis-Behandlung, die Immunisirung. Ueber die Rolle der Schwefelbäder in der Syphilisbehandlung zu sprechen, überlasse ich gern dem darin viel competenteren Collegen F. Berg, und will nur kurz erwähnen, dass man jetzt seine Patienten, die eben eine frische Syphilis, gut behandelt, überstanden, davor warnt nun gleich noch eine Schwefelbäderkur durchzumachen, wie das früher so beliebt als Nachkur war, wir schicken jetzt mit Vorliebe die schweren frischen und die tardiven Syphilitiker in die Schwefelbäder.

Entschuldigen Sie, m. H., dass ich Ihre Aufmerksamkeit so lange in Anspruch genommen, wenn wir Syphilidologen aber erst auf unser Hg. Thema kommen, können wir schwer aufhören.

Referate.

N. Kirikow: Ueber die Veränderungen des Magensaftes bei einigen Leberkrankheiten und bei Zuckerharnruhr. St. Petersburg 1894. Dissert. aus der Klinik des Akademikers L. W. Popow. (Autoreferat).

Ueber die Functionen des Magens bei verschiedenen Leberkrankheiten giebt es, ausser vereinzelten rudimentären Angaben, nur 2 Arbeiten: von Fawitzki (russisch, 1889) und von Levy (deutsch, 1893). Sie sind nicht erschöpfend. Der Chemismus des Magens bei Diabetes ist von Rosenstein, Gans, G. Honigmann (alle 1890), z. Th. auch von Juchstschenko (1893), bearbeitet, endlich giebt es noch einzelne Angaben von Riegel, Boas, Hayem-Winter und Wolkow.

Bezüglich der Methodik wurde bei Ausführung vorliegender Arbeit durch Auswaschen des Rückstandes des Mageninhalts auf dem Filter nachgewiesen, dass dieser HCl, sogar in freiem Zustande, zurückhält; zur Analyse ist daher unbedingt unfiltrirter Mageninhalt zu gebrauchen. Allein die kürzlich von Geigel angegebene Methode der Verbrennung des unfiltrirten Gemisches nach Braun ist einstweilen zurückzuweisen, da die entsprechende Bearbeitung reinen Weissbrodes mit nachfolgender Verbrennung die Möglichkeit ergiebt, dass man künstlich HCl bekommt. Zur Bestimmung der gesammten HCl. im unfiltrirten Mageninhalt wurde daher die etwas modificirte Methode von Hehner-Seeman angewandt: — Neutralisation des gesammten Mageninhaltes mit nachfolgender Filtration, also Bearbeitung auf nassem Wege. Ueberhaupt muss auf Grund von Literaturangaben und einiger eigenen Versuche der Methode von Hehner-Seeman vor den Methoden von Hayem-Winter, Lüttke und Leo der Vorzug gegeben werden. Auf diese Weise kann man an ein und derselben, häufig sehr geringen Portion des Mageninhalts, alle wesentlichen Factoren der Acidität bestimmen: die freie HCl. nach Müntz, die allgemeine Acidität (als Indicator diente Phenol-Phtalein), die gesammte HCl., und folglich mittelbar auch die gebundene.

Indem durch eine besondere Massnahme eine Gewichtsbestimmung des Wassers im Mageninhalt parallel mit der gewöhnlichen Volumbestimmung gemacht wurde, konnte man sich davon überzeugen, dass bei Bearbeitung des unfiltrirten Mageninhalts die üblichen Bestimmungen durch Berechnung auf das Volum des letzteren nur sehr geringe Fehler geben (bis 4% in den untersuchten Fällen). Für genauere wissenschaftliche Zwecke ist immerhin unsere Methode vorzuziehen, da sie die Gewichtsverhältnisse der HCl. und des sie lösenden Wassers im Mageninhalt angiebt. So ergeben die in der Klinik angewandten Methoden bei der Analyse des unfiltrirten Mageninhalts, zusammen mit den im Laboratorium ausgeführten Untersuchungen des reinen, unvermischten Magensaftes von Thieren, einen sichern Grund zur Beurtheilung von der Zusammensetzung der Flüssigkeit, die sich im Magen durch Vermischung des Magensaftes mit den flüssigen Nahrungsbestandtheilen, Speichel etc., bildet. In Wirklichkeit geht ja die Magenverdauung gerade durch eine solche verdünnte und vermischte Flüssigkeit vor sich.

Zur Bestimmung der verdauenden Kraft des filtrirten Mageninhalts wurde die bekannte Methode von Mett (aus dem Laboratorium von Prof. J. P. Popow) angewandt. Bei dieser Methode werden in die zu untersuchende Flüssigkeit Glasröhrchen von c. 1 Mm. Durchmesser, die mit geronnenem Hühnereiweiss gefüllt sind, versenkt. Die verdauende Kraft der Flüssigkeit wird nach der Anzahl von Millimetern gemessen, die vom Eiweisscylinder nach einer bestimmten Zeit im Thermostaten gelöst worden sind. Durch ein besonderes Verfahren gelang es uns, stets fehlerfreie Eiweisscylinder zu erhalten, die von den sonst häufigen Bläschen, Unebenheiten etc. frei waren. Ausserdem wurde die Empfindlichkeit der Probe dadurch erhöht, dass statt Hühnereiweiss geronnenes Blutserum gebraucht wurde, das bei der Verdauung bedeutend höhere Zahlen giebt.

Darnach werden die eigenen klinischen Beobachtungen und die entsprechenden Analysen des Mageninhalts angeführt (1 Stunde nach dem Probefrühstück — 35 Grm. Weissbrod und 250 Cbcm. dünnen Thees ohne Zucker), im Ganzen 15 Beobachtungen und 45 Analysen (6 Fälle hypertrophischer Lebercirrhose, 1 Fall von Cirrhose in Folge von Cholelithiasis, 1 Fall von acutem infectiösem Icterus, 5 Fälle von Diabetes mellitus, und 2 Fälle von Magenleiden zur Aufklärung einiger Details). Es werden genaue Krankengeschichten angeführt. Die Analysen wurden meist parallel am Filtrat und am unfiltrirten Inhalt, häufig mit mehreren Methoden, zum Vergleich, ausgeführt. Es wurden Verdauungsversuche und Prüfungen auf Labferment, ebenso Prüfungen der Magenresorption (mit JK.) ausgeführt.

Unter 6 Fällen von hypertrophischer Lebercirrhose (3 durch die Section sicher gestellt) war in 5 die allgemeine Acidität des Mageninhalts, und der HCl.gehalt herabgesetzt, ebenso der Gehalt an freier HCl., häufig bis zum gänzlichen Fehlen (nach den Reagentien von Günzburg und Boas); die Zahlen für die gesammte HCl. nur wenig niedriger als die für die Gesammtacidität; der Gehalt an organischen Säuren unbedeutend (diese können auch vom Brod des Probefrühstücks herrühren). Die Verdauungskraft und die Wirkung des Labferments sehr abgeschwächt. Unter den Verdauungsproducten fand sich oft Erythrodextrin. Die Resorptionsfähigkeit des Magens herabgesetzt, die Motilität intact. Bei einer solchen Beschaffenheit der Magenverdauung zeigten die Kranken häufig keine dyspeptischen Erscheinungen und hatten guten Appetit. Im Mageninhalt fand sich häufig Galle, wahrscheinlich als Folge der Cholämie. Im 6. Fall von hypertrophischer Lebercirrhose wurde dagegen Hyperacidität mit hohen Verdauungsziffern (nach Mett) gefunden.

In einem Fall von kurzdauernder «Gallencirrhose» in Folge von Cholelithiasis (Section) und in einem Fall von acutem infectiösem Icterus, (Weil, Wassiljew) wurde Hyperacidität gefunden.

Unter 5 Fällen von Diabetes mellitus wurden 2 Mal fast normale Verhältnisse gefunden, sogar mit etwas Neigung zur Hyperacidität. In den übrigen 3 Fällen waren alle Eigenschaften des Mageninhalts bedeutend herabgesetzt, bis zur vollen Anacidität in weit vorgeschrittenen Fällen, d. h. bis zur neutralen und sogar alkalischen Reaction des Mageninhalts. Die Pepsinabsonderung war offenbar nicht ganz sistirt. Die Motilität des Magens war normal, häufig sogar erhöht; mit Fehling'scher Lösung bekam man nur schwache Reaction, ungeachtet des beim Frühstück verabreichten Brodes.

Aus diesen Beobachtungen und aus den Literaturangaben geht hervor, dass bei hypertrophischer Lebercirrhose und Diabetes mellitus die Magenverdauung in hohem Grade von der

Krankheitsperiode und vom allgemeinen Zustand des Organismus abhängig ist: je näher zum Beginn der Krankheit und je kräftiger der Organismus, um so wahrscheinlicher ist eine Erhöhung der verdauenden Eigenschaften des Magensaftes; darnach kommt eine Periode der Abschwächung der secretorischen Thätigkeit des Magens. Dabei können die übrigen Verdauungsorgane lange mit Erfolg compensatorisch thätig sein, sogar bei Anacidität des Magensaftes — unter der Bedingung, dass die mechanische Thätigkeit des Magens erhalten bleibt. Zur Erklärung des Mechanismus der beobachteten Erscheinungen muss man die Betheiligung der Innervation (N. vagus) heranziehen.

Im Ganzen kann man bei der hypertrophischen Lebercirrhose und beim Diabetes keinen constanten Typus der Magenverdauung aufstellen. Dasselbe gilt auch bei andern Krankheiten. Andrerseits können verschiedene Krankheiten ähnliche Veränderungen des Magensaftes bewirken. Daher muss man letzteren in jedem einzelnen Fall untersuchen, ohne sich an ein bestimmtes Schema zu halten, ähnlich wie z. B. die Thätigkeit des Herzens, die Beschaffenheit des Pulses untersucht wird.

Nebenbei kann man sich auf Grund der angeführten Beobachtungen gegen eine specifisch-diagnostische Bedeutung des Fehlens von HCl. im Mageninhalt aussprechen, ebenso gegen die von Einigen behauptete Constanz der Zahlengrössen für die gebundene HCl. Ausserdem ergab sich aus den Analysen eine gewisse Unabhängigkeit der Pepsinabsonderung von den die HClsecretion bestimmenden Bedingungen — in vielen Versuchen war die Menge des Pepsin (und Labferments) geringer als die Menge der HCl.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

A. Gottstein und C. Schleich. Immunität, Infectionstheorie und Diphtherieserum. Berlin 1894. Verlag von J. Springer.

Haben wir in Nr. 6 dieser Wochenschrift über ein Buch: Kossel «Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum» referirt, das einen warmen Vertreter der neuen Behandlungsmethode zum Verfasser hat, so liegt uns heute eine Schrift vor, die einen wesentlich anderen Standpunkt vertritt, sich gegen die Voraussetzungen, auf denen die neue Heilmethode aufgebaut ist, wendet und vor allzu hoffnungsreicher Spannung warnt.

Die Anschauung, dass das organische Gift durch Bildung von Antitoxinen paralysirt wird und zur Immunität führt, ist nur eine hypothetische. Die Immunität wird erst in Summen von Generationen gewonnen und nicht durch eine einmalige Injection eines Antikörpers hervorgerufen; eine spontane Umstimmung des Blutes zur Giftfestigkeit giebt es nicht. Wohl kann man in der anorganischen Chemie von einem Toxin und Antitoxin sprechen, in dem lebenden Organismus aber gehen so hochcomplicirte Processe und Verbindungen vor sich, dass der Begriff Toxin und Antitoxin hier eine «unerlaubte wissenschaftlich nicht erwiesene Vereinfachung des Thatbestandes» ist. Dann müsste der Mensch die Fähigkeit besitzen, auch auf andere Gifte Antitoxine in seinem Körper zu bilden. Man ist in der Vorstellung befangen, dass die Immunität auf einer allgemeinen Eigenschaft der Säftemischung des Blutes basire. Es ist aber die Frage, ob nicht der Immunität gegen gewisse Krankheiten eine locale Beziehung zu Grunde liege, indem der ein Mal durch die Infection gesetzte Reiz «zu einer zelligen oder bindegewebigen Reaction aller Lymphmaschen führt, deren Gesammteffect zu einer grösseren Verdichtung und Verdickung des Lymphnetzes, zu einer Verengerung und Zusammenziehung der Lymphapparate in dem betreffenden Gebiet Veranlassung gäbe». Das erste Mal dringt das Gift unbehindert in den Lymphtractus ein, einem wiederholten Eindringen aber setzen die eben geschilderten Veränderungen ein Hinderniss in den Weg. Bei gegen Lyssa hochimmunisirten Hunden wirkte dieselbe Quantität des Giftes, welches subcutan injicirt wirkungslos war, unter die Dura gespritzt tödtlich. Wenn die Immunität auf dem Vorhandensein eines Antitoxins im Körper beruhen würde, das gleichmässig in allen Organen kreist, so blieben diese Verhältnisse unerklärt.

Der zweite Aufsatz wendet sich gegen die bisher allgemein acceptirte Anschauung von dem specifischen Wesen der bakteriellen Erkrankung und der Constanz der pathogenen Eigenschaften der Bacterien. «Die Virulenz eines Bacillus ist garnicht allein von den Lebensbedingungen abhängig, in denen er aufwuchs, sondern vor Allem von der Eigenschaft des Organismus, auf den er verpflanzt wird». Wie ist es zu erklären, dass die meisten von uns bei Krankheiten aufgefundenen Erreger, wie Streptococcen, Staphylococcen, Pneumoniecoccen, Bacterium coli etc. sich ein Mal als harmlose Parasiten auf unserer Haut und Schleimhaut finden, ein anderes Mal zu den schwersten Allgemeinaffectionen Grund geben, indem die Microorganismen schädliche Gifte produciren. Doch ob die specifische Giftbildung specifischer Bacterien allein genügt, die Entstehung der Krankheit zu erklären, ist fraglich. «Der Anlass der Krankheit ist weniger darin zu suchen, dass die in oder auf uns wuchernden Bacterien uns vergiften, als dass irgend welche Ursachen jene Abwehrmechanismen des Organismus erst ausser Function setzen.» So folgt aus der Thatsache, dass der Löffler'sche Bacillus ein constanter Begleiter der diphtheritischen Localerkrankung ist, nicht dass dieser auch der selbstständige Erreger der Krankheit ist. Was die Herabminderung der Mortalität in letzter Zeit angeht, so ist ein Mitspielen zufälliger und unbekannter Factoren, sowie das besonders milde Auftreten der Epidemie im verflossenen Jahre in Berlin nicht zu leugnen. Ebenso bedarf es des Beweises, ob nicht bei Einverleibung des Serums die «physiologische Wirkung der Injection einer tonisirenden Salzeiweisslösung» von Bedeutung ist. Die Frage, in wie weit Nieren oder Herz beeinflusst werden, gestattet noch keine positive Antwort, jedenfalls werden die Lähmungen nicht verhindert.

Im Allgemeinen fordert die neue Heilmethode zu weiteren nüchternen therapeutischen Versuchen auf, an der theoretischen Basis aber und der Auffassung der Immunität lässt sich mancherlei aussetzen. Lingen.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Lindheim (in Livland)
per Werro und Romeskaln.
Telegrammadresse: Romeskaln,
Estafette Lindheim.

Hochgeehrter Herr College:

Durch vielfache, besonders in neuerer Zeit, gemachte Erfahrungen ist es erwiesen, dass die Chancen für die relative Heilung resp. Besserung der Lungentuberculose in unserem Klima mindestens ebenso gute sind, wie irgendwo anders, vorausgesetzt, dass wir dem Kranken hier zu Lande alle jene zu einer hygienisch-diätetischen Cur erforderlichen Bedingungen, sowie vor Allem fortwährende, sachverständige ärztliche Ueberwachung und dem speciellen Fall angepasste Behandlung bieten können.

Ich habe daher beschlossen, in dieser Richtung vorläufig einen Versuch zu machen mit einer privaten Pension für Lungenkranke auf dem Lande. Zu dem Zweck habe ich das im Walkschen Kreise, Kirchspiel Oppekaln, belegene, der Herrnhuter Brüdergemeinde gehörige Grundstück «Lindheim» mit den früher von der bekannten Mädchenerziehungsanstalt inne gehabten Baulichkeiten einstweilen auf ein Jahr — vom 23. April 1895 bis zum 23. April 1896 — gepachtet. Für den Fall, dass mein Versuch günstig ausfällt, habe ich mir das Vorkaufsrecht contractlich gesichert, so dass ich hoffen kann, hier mit der Zeit ein ständiges «Sanatorium für Lungenkranke» eröffnen zu können. Lindheim liegt 45 Werst von der Bahnstation Werro und 65 Werst von Walk entfernt, in Südlivland in einer von dem Bach «Waidan» durchflossenen und im Norden und Osten von den letzten Ausläufern der «Hahnhofschen (Oppekalnschen) Höhen», im Süden und Westen von ausgedehnten Kiefernwaldungen eingeschlossenen Ebene. Der Boden besteht vorwiegend aus Sand, so dass die mehrere Werst messenden, von alten Birkenalleen eingeschlossenen Spazierwege auch in der nassen Jahreszeit benutzt werden können. In dem zu Lindheim gehörenden Tannenwalde sind auch Parkwege angelegt, und will ich für die Aufstellung einer genügenden Anzahl von Bänken Sorge tragen.

Die von mir mitgepachtete Landwirthschaft wird es mir ermöglichen, eine Heerde von ca. 15 Milchkühen zu halten, so dass ich meinen Patienten das ganze Jahr hindurch frische Milch aus der eigenen Wirthschaft werde bieten können. Es wird dabei mein Bestreben sein, die Heerde — eventuell mit Hülfe von Tuberculin — von tuberculösen Elementen frei zu halten.

Das Haus besteht aus einem alten, einstöckigen und einem neuen zweistöckigen Theil. Das alte Haus wird meine Wohnung, verschiedene Gastzimmer und Wirthschaftsräume enthalten, während das neue ausschliesslich zu Schlafräumen für die Patienten bestimmt ist. Der gemeinsame, grosse Speisesaal in dem ich ausserdem den Flügel und einige Lesetische für die Pensionäre placiren will, befindet sich in dem an das zweistöckige Haus angrenzenden Theil des alten Hauses. Das Haus ist trocken, warm und mit ausreichenden Ventilationsvorrichtungen versehen. Bei einer genügenden Anzahl von Patienten will ich an der Südseite des neuen Hauses eine reguläre «Liegehalle» anbauen lassen.

Was die Behandlung betrifft, so wird dieselbe stets eine den neuesten Erfahrungen der Wissenschaft entsprechende sein. Damit will ich nicht gesagt haben, dass ich jedes neu empfohlene Arzneimittel gegen die Phthisis kritiklos anwenden werde. Erst wenn ein Mittel sich nach allseitiger Prüfung bewährt hat, will ich es in Anwendung ziehen. Nach unseren heutigen Kenntnissen liefert die Behandlung der Lungentuberculose nach hygieinisch-diätetischen Principien combi-

nirt mit jedem speciellen Fall angepasster symptomatischer Behandlung — die besten Resultate. Die Grundlagen der heutigen Phthiseotherapie sind also folgende: 1) möglichst viel Genuss guter, freier Luft (Spaziergänge, Liegehalle), 2) sorgfältige Hautpflege und vorsichtige Abhärtung (Bäder, Douche, feuchte oder trockene Abreibungen), 3) reichliche kräftige und schmackhafte Nahrung und 4) zweckentsprechende psychische Behandlung (Erziehung, Beschäftigung, Zerstreuung). — Die Einzelheiten dieser Behandlungsmethode hatte ich im Kaiserlichen Sanatorium «Halila» Gelegenheit in praxi kennen zu lernen, wo ich Dank der Liebenswürdigkeit des Oberarztes, Dr. med. Gabrilowicz, eine Woche lang als Gast weilen durfte. — Ausser den genannten Hauptelementen der Behandlung, kommen in einzelnen Fällen unter Umständen und mit Vorsicht folgende Medicamente in Betracht: Kreosot, resp. Guajacol. carbon., Alkohol, Eisenpräparate, Arsenik, Jodkali, Codeïn, Morphium etc. etc. — Die häufig vorkommenden gefahrdrohenden Symptome und Complicationen, wie Haemoptoe und Verdauungsstörungen etc. werden nach allgemein gültigen Regeln behandelt.

Mit peinlichster Sorgfalt will ich darüber wachen, dass sämmtliche von den Patienten stammenden Tuberkelbacillen vernichtet werden, und dass somit eine Infection der Umgebung zur Unmöglichkeit wird. Die Patienten werden strengstens angewiesen werden, ihr Sputum nicht zu verschlucken, sondern ausschliesslich in die zu dem Zweck in reichlicher Menge vorhandenen Gefässe zu deponiren. Die Wäsche der Kranken wird längere Zeit gekocht oder durch strömenden Dampf desinficirt werden. Stets und überall will ich für möglichst ideale Reinlichkeit Sorge tragen.

Vom 1. Mai a. c. ab werde ich bereit sein das ganze Jahr hindurch Kranke mit beginnender Lungentuberculose in Lindheim aufzunehmen. Anmeldungen der resp. Patienten unter Beifügung eines ärztlichen Zeugnisses über den bisherigen Krankheitsverlauf, sowie über den gegenwärtigen status, bitte ich mir baldmöglichst unter der obenstehenden Adresse zuschicken zu wollen.

Die Aufnahme-Bedingungen sind folgende:

Für volle Beköstigung, Verpflegung (incl. Wäsche) und ärztliche Behandlung sind monatlich 45 Rbl. S., bei Anspruch auf ein apartes Zimmer dagegen 75 Rbl. pränumerando zu zahlen.

Wünschen 2 Patienten ein gemeinsames Zimmer, so haben sie zusammen 120 Rbl. monatlich zu zahlen. — Gesunde Begleitspersonen werden auf Wunsch mit aufgenommen und zahlen 10 Rbl. monatlich weniger, als die Kranken. — Fahrten, Cognac, Wein und theure Medicamente sind extra zu bezahlen.

Alle Pensionäre haben sich sämmtlichen Anordnungen des Arztes oder seines Stellvertreters stricte zu fügen und die vorgeschriebene Tageseintheilung streng einzuhalten.

Bettwäsche, Bettdecke, Kopfkissen und Handtücher haben die Pensionäre selbst mitzubringen. — Ausser einer der Jahreszeit entsprechenden Garderobe und der nöthigen Leibwäsche muss jeder Patient mindestens 2 wollene (Jäger'sche) Hemde und 2 Paar ebensolcher Beinkleider besitzen. — Dr. Dettweilers «Taschenfläschchen für Hustende», sowie ein Maximalthermometer muss jeder Kranke besitzen; nöthigenfalls vermittle ich die Anschaffung der genannten Gegenstände.

Ein Mal im Monat wird an einem vorher bekanntgemachten Tage eine bequeme, verdeckte Equipage zum Bahnhof nach Werro, resp. Walk geschickt, und zahlen die Passagiere für die Benutzung dieser Fahrgelegenheit von oder nach Werro 2 Rbl. 50 Kop., von oder nach Walk 3 Rubel 50 Kopeken à Person.

Zum Schluss bitte ich mir nur solche Fälle zuzuweisen, welche die Möglichkeit einer wenigstens relativen Heilung nicht von vorn herein als ausgeschlossen erscheinen lassen. Kranke, welche an vorgeschrittener Lungenschwindsucht leiden (stadium colliquationis), eignen sich jedenfalls nicht für die Behandlung in Lindheim. Schon die weite Fahrt über Land vom Bahnhof bis Lindheim dürfte für solche Patienten zu angreifend sein, während dieselbe anderen Kranken, welche an den Anfangsstadien der Lungentuberculose leiden, bei der nöthigen Vorsicht absolut nicht schaden kann.

Mit collegialem Gruss habe ich die Ehre zu sein

Ihr ergebener College

Armin Treu,
Dr. med.

Vermischtes.

— An dem diesjährigen deutschen Congress für innere Medicin in München nehmen aus Russland der Director des hiesigen Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Dr. Rauchfuss und Prof. Dr. Dehio aus Jurjew (Dorpat) theil.

— Wie der Wratsch erfährt, ist zum Regierungscommissar der kaukasischen Mineralbäder, an Stelle des Geheimraths Dr. Joseph Bertenson, der Chef der Kalmückenstämme im Astrachanschen Gouvernement, Staatsrath W. A. Baschkirow, ernannt worden.

— Vor Kurzem beging der Gymnasialarzt in Berdjansk, J. J. Goldstein, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Aus diesem Anlass wurde zu Ehren des Jubilars von den Verehrern desselben ein Diner im russischen Club veranstaltet und ihm ein Silberservice sowie mehrere Adressen überreicht.

— Der Consultant für Nervenkrankheiten an dem klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. Motschutkowski ist nach längerem Aufenthalt im Auslande von seiner Krankheit so weit hergestellt, dass er seine Vorlesungen am Institut in nächster Zeit wieder aufnehmen kann.

— Zu Präsidenten der medicinischen Prüfungscommission sind ernannt worden: für die Charkower Universität — das Mitglied des Conseils des Ministers der Volksaufklärung, Dr. A. P. Raszwetow; für die Moskauer Universität — Prof. Dr. E. W. Pawlow; für die Kasansche Universität — das Mitglied des Conseils des Ministeriums der Volksaufklärung Prof. J. J. Lasarewitsch, für die Kiewer Universität — Prof. W. v. Anrep.

— Befördert: Zum Staatsrath — der Gehülfe des Medicinalinspectors des Kronstädter Hafens, Dr. Liborius.

— Ernannt: der Prosector beim Lehrstuhl der Histologie an der Moskauer Universität, Dr. Kolossow — zum ausserordentlichen Professor für Histologie und Embryologie an der Warschauer Universität. Der Arzt am klinischen Militärhospital, Dr. Uschinsky — zum ausserordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an der Warschauer Universität.

— Versetzt: der stellvertretende Saratowsche Gouvernements-Medicinalinspector, Staatsrath Dr. Buchowzew und der stellv. Jaroslawsche Gouvernements-Medicinalinspector, Collegienrath Dr. Smirnow — der eine auf die Stelle des anderen.

— Verstorben: 1) In Kronstadt der frühere Gehülfe des Medicinalinspectors des Kronstädter Hafens, wirkl. Staatsrath Dr. Plato Ssadokow. Der Hingeschiedene hatte seine medicinischen Studien an der Moskauer Universität gemacht und trat nach Absolvirung des Cursus i. J. 1855 in den Marine-Medicinaldienst, in welchem er successive die Stellung eines Arztes in verschiedenen Flotteneqnipagen, eines Schiffsarztes, eines Ordinators am Marinehospital und von 1881—1890 die des Stadtarztes in Kronstadt bekleidete. Im letztgenannten Jahre wurde er zum Gehülfen des Medicinalinspectors des Kronstädter Hafens ernannt, welche Stellung er bis zu seiner Pensionirung inne hatte, die nach 40jährigem Dienst vor wenigen Wochen erfolgte. Der Verstorbene erfreute sich grosser Beliebtheit sowohl unter seinen Dienstgenossen, als auch in der städtischen Bevölkerung und unter den Seeleuten. 2) In Odessa der freiprakticirende Arzt Isaak Ssapir im 30. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte seine medicinische Ausbildung in Kiew erhalten wo er im Jahre 1889 den Arztgrad erlangte. 3) In Nowgorod der dortige Stadtarzt, Staatsrath A. St. Alexejewski, im 72. Lebensjahre. Der Verstorbene war seit 45 Jahren praktischer Arzt und bekleidete seit 23 Jahren den Stadtarztposten. 4) In Werchneuralsk der dortige Kreisarzt N. J. Harkawi im 35 Lebensjahre. 5) In Wien der Director der niederösterreichischen Landesirrenanstalt, Prof. Dr. Moritz Gauster. Der Hingeschiedene ist auf dem Gebiet der Irrenheilkunde und Hygiene vielfach literärisch thätig gewesen. Gemeinsam mit anderen gab er die «Jahrbücher für Psychiatrie» heraus.

— Zum Präses der medicinischen Prüfungscommission an der militär-medicinischen Academie ist für das Jahr 1895 der Director des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna, Prof. Dr. Sklifassowski ernannt worden. Als Mitglieder dieser Commission werden die Professoren der Academie Sawarykin (Histolog) und Iwanowski (Gerichtliche Medicin), sowie der gelehrte Secretär des Medicinalraths Prof. Anrep, das berathende Mitglied des Medicinalrathes Dr. Trojanow und der Director des Marienhospitals, Ehrenleibmedicus Alyschewski fungiren. Die Examina vor der Commission finden in zwei Terminen, und zwar vom 25. April bis zum 15. Mai in den praktischen und im Herbst vom 10. September bis zum 11. November in den theoretischen und klinischen Fächern statt. Zu den Prüfungen werden ausser den Studirenden der Academie und der russischen Universitäten, welche den vollen medicinischen Cursus absolvirt haben, auch ausländische Doctoren der Medizin zugelassen.

— Die Zahl der Privatdocenten an der militär-medicinischen Academie beträgt gegenwärtig 71, von denen 24 zu ihrer Specialität innere Krankheiten, 10 Geburtshülfe und Frauenkrankheiten, 6 Nerven- und Geisteskrankheiten, 5 Kinderkrankheiten und 5 pathologische Anatomie gewählt haben. Vier Privatdocenten halten in der Academie Vorlesungen über Syphilidologie, 3 über normale Anatomie, je 2 Privatdocenten über klinische Chirurgie, allgemeine Pa-

thologie und operative Chirurgie, je 1 Privatdocent über Pathologie, gerichtliche Medicin, Pharmakologie, Zahnkrankheiten, Halskrankheiten, medicinische Geographie und Statistik, Chemie und Hygiene. Die Zahl aller Docenten der Academie mit Einshluss der Professoren beträgt somit über 100, so dass bei der Gesammtzahl von 750 Studirenden der Academie auf jeden Docenten annähernd 7 Hörer entfallen.

— Am 12. März fand in Moskau die Eröffnung der beim neuen Catharinen-Hospital errichteten bacteriologischen Station behufs Herstellung des Diphtherie-Heilserums statt. Die Station steht in wissenschaftlicher Hinsicht unter der Aufsicht der Moskauer medicinischen Facultät, in wirthschaftlicher Hinsicht unter einem Curatorium, zu welchem der Curator des Moskauschen Lehrbezirks Graf Kapnist, der Oberarzt des Katharinen-Hospitals Prof. Nowazki, die Proff. Tscherinow und Filatow, das Stadthaupt und andere mehr gehören. Director der Station ist der Privatdocent Dr. Gabritschewski. Gegenwärtig sind von 2 immunisirten Pferden bereits 90 Fläschchen Heilserum gewonnen und an die städtischen Krankenhäuser abgelassen worden. Der Pferdestall ist für 20 Pferde eingerichtet worden. Die Ausgaben sind durch freiwillige Spenden gedeckt worden. An den in der neuen Anstalt eingerichteten bacteriologischen Cursen, welche von Dr. Gabritschewski geleitet werden, nehmen bereits 14 Aerzte theil.

— Die bakteriologische Station des Kasanschen Veterinärinstituts liefert seit der Mitte des Februar Monats auch schon das von ihr hergestellte Diphtherie-Heilserum.

— Die Preise für das Behring'sche Diphtherie-Heilserum sind von den Farbwerken vormals Meister, Lucius und Brüning in Höchst neuerdings bedeutend herabgesetzt worden. Ein Fläschchen, enthaltend 200 Antitoxin-Normaleinheiten, kostet jetzt 75 Pfennige, ein Fläschchen mit 600 Ant.-Normaleinheiten Inhalt 2 Mark, mit 1000 A.-N. 3 Mark 50 Pfennige und mit 1500 A.-N. 5 Mark 25 Pfennige. Auf obige Preise wird den Droguisten noch ein Rabatt von 25 pCt. gewährt unter der Bedingung, dass sie ihrerseits beim Wiederverkaufe den Apothekern 15 pCt. Rabatt einräumen. Die Haltbarkeit und Wirksamkeit des obigen Diphtherieheilmittels ist nach den neuesten Beobachtungen auf mindestens ein Jahr festgestellt worden.

— Am 6. (18.) März d. J. beging der Primararzt der IV. medicinischen Abtheilung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, Dr. Franz Scholz in voller Rüstigkeit sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Als Primararzt fungirt Dr. Scholz schon seit 38. Jahren. In früheren Jahren ist Sch. auch vielfach literärisch thätig gewesen. Ein bleibendes Verdienst hat er sich durch die Einführung der «subcutanen Injection» erworben, die heute kein Arzt entbehren kann.

— Der Director des pharmaceutisch-chemischen Instituts an der Universität Marburg, Prof. Dr. Ernst Schmidt, hat einen Ruf an die Berliner Universität abgelehnt, weil in Berlin ein eigenes Institut für pharmaceutische Chemie noch immer fehlt.

— In Berlin hat sich vor Kurzem ein Centralcomité zur Errichtung eines Denkmals für den im September v. J. verstorbenen grossen Physiker Herm. v. Helmholtz constituirt, welches einen Aufruf zu Beiträgen für das Denkmal erlassen hat. Zum Vorsitzenden des Comités wurde Staatsminister Dr. Delbrück gewählt. Beiträge werden von dem Bankhause Mendelsson & Co., Berlin W., Jägerstrasse 49/50 entgegengenommen.

— Wie die in St. Petersburg erscheinende russische medicinische Wochenschrift «Медицина» (Medicin), welche bekanntlich von dem Kliniker Prof. S. Wassiljew in Jurjew (Dorpat) redigirt wird, mittheilt, haben an der Universität Jurjew in den letzten 7 Jahren von 1888 bis 1895 — 355 Personen die medicinische Doctorwürde erlangt, und zwar i. J. 1888 — 27 Personen, 1889 — 47, 1890 — 45, 1891 — 73, 1892 — 55, 1893 — 61 und 1894 — 47 Personen.

— Die neuen Regeln für die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades an der militär-medicin. Academie sind am 2. März d. J. bestätigt worden und treten bereits in diesem Frühjahr in Kraft. Zum Bestande der Prüfungscommission, welche von jetzt an nicht, wie früher, zum 1. Juli, sondern zum 1. Januar ernannt wird, können, ausser Professoren der Academie, auch Privatdocenten der Academie und andere durch ihre wissenschaftlichen medicinischen Leistungen bekannte Personen gehören. Die Examina finden jedes Jahr in 2 Terminen statt und zwar im Frühjahr und im Herbst. Die Frühjahrsprüfungen sollen sich vorzugsweise auf die sogenannten praktisch-demonstrativen Fächer beziehen.

Gegenwärtig werden bei der Academie noch die letzten 13 Studirenden, welche vor Einführung der neuen Statuten der Academie (29. Mai 1890) in letztere eingetreten sind, nach dem alten Modus examinirt. Künftig finden die Prüfungen nur vor der Regierungs-Commission statt.

— Der Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine hat folgende Erklärung angenommen: «Die ärztliche Begutachtung von Handelsartikeln durch Atteste, welche zu Reclamezwecken veröffentlicht werden, entspricht nicht den ethischen Interessen des ärztlichen Standes». (A. m. C.-Ztg.)

— Auf Grund eines Gutachtens des Obersten Sanitätsrathes in Wien hat das österreichische Ministerium des Innern in einem speciellen Falle entschieden, dass das vom Pfarrer Kneipp geübte Verfahren der Kaltwasserbehandlung als eine wissenschaftliche, auf rationellen Grundsätzen beruhende Heilmethode nicht angesehen werden kann, und dass daher im Falle der Ertheilung der Bewilligung zur Errichtung einer solchen Kaltwasserheilanstalt dieses angebliche Heilverfahren, dessen Anwendung in besonderen Fällen dem verantwortlichen, freien Ermessen des leitenden Arztes vorbehalten bleiben muss, in die Concession nicht ausdrücklich einbezogen werden darf.

— Die deutsche otologische Gesellschaft wird ihre diesjährige Versammlung am 1. und 2. Juni n. St. in Jena abhalten. Anmeldungen von Vorträgen bis zum 30. April bei Prof. Dr. Bürkner in Erlangen.

— In Wien hat sich im Februar eine österreichische otologische Gesellschaft gebildet. Zum Präsidenten wurde Prof. Gruber, zum Vicepräsidenten Prof. Politzer gewählt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. März d. J. 7117 (60 weniger als in d. Vorwoche), darunter 267 Typhus — (28 mehr), 774 Syphilis — (3 weniger), 109 Scharlach — (3 weniger), 28 Diphtherie — (7 weniger), 31 Masern — (5 mehr) und 25 Pockenkranke (4 mehr).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle in der Stadt Grjasowez (Gouv. Wologda). Gehalt 1200 Rbl. Adresse: «Дрязовецкая Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Nikolajewsk (Gouv. Samara). Geh. 1200 R. jährlich. Adresse: «Николаевская Земская Управа, Самарской губ.»

3) Landschaftsarztstelle im Kreise Nowousensk (Gouv. Samara). Geh. 1200 R. Adresse: «Новоузенская Земская Управа».

4) Landschaftsarztstelle im Kreise Jelnja (Gouv. Smolensk). Geh. 800 Rbl. und Quartiergeld 200 Rbl. Adresse: «Ельнинская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. März 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
365	332	697	161	60	90	15	13	24	51	71	50	49	52	43	17	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 1, Scharlach 18, Diphtherie 11, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 49, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 58, Todtgeborene 20.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 28. März 1895.

Tagesordnung: 1) Dr. Kroug und Dr. Hackel: Zur Behandlung der Obstipation.
2) Dr. Richter: Ueber Aethernarkose.
3) Dr. Lunin: Zur Serumtherapie.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. April 1895.

Bad Homburg. Catarrh, Atonie und Schwäche des Verdauungstractus, Leberleiden, harnsaure Diathese, Gicht, Diabetes, Skrophulose, gewisse Herzleiden. Zwei Eisenquellen bei Anaemie und Folgen der Influenza.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Amalie Born, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.

Frau **Marie Kubers,** Мойка д. № 84 кв. 19.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.

Дозв. ценз. Спб. 25 Марта 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, 1. (13.) April 1895

Inhalt: Fr. Berg: Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie. (Correferat). — Referate: Rincheval: Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung congenitaler Defecte eines Unterarm- und Unterschenkelknochens. — M. W. af Schultén: Ueber «Pagets disease of the nipple» nebst Mittheilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit. — Körte: Zur chirurgischen Behandlung der Pankreas-Eiterung und Pankreas-Nekrose. — F. Jolly: Ueber Myasthenia gravis pseudoparalytica. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von Prof. H. Nothnagel. — Prof. Dr. O. Rosenbach in Breslau: Die Erkrankungen des Brustfells. — H. Kuhnt: Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. — G. B. Ughetti: Das Fieber. — Auszug aus den Protokollen des Aerzte-Vereins zu Reval. — Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen. — Vermischtes. — Vacanzen. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber den heutigen Stand der Syphilistherapie.

(Correferat).

Vortrag gehalten am 6. Sept. 1894 auf dem 6. livländischen Aerztetag in Wolmar.

Von

Dr. med. Fr. Berg.

M. H. Nach den sachgemässen Ausführungen meines geehrten Vorredners, des Herrn Dr. Petersen, bleibt mir über die moderne Luestherapie zu sagen nicht viel und nichts Neues übrig. Ich glaube mich daher namentlich auf dasjenige beschränken zu können, worin meine Anschauungen von den seinigen abweichen — wenngleich sie auch im Wesentlichen dieselben sind.

Was die Excision des harten Schankers betrifft, so glaube ich dieselbe, wo sie angängig ist, als gute und rationelle Localbehandlung empfehlen zu müssen. Ich habe sie viele Mal auszuführen Gelegenheit gehabt und habe niemals davon Schaden und Nachtheile gesehen, wol aber evidenten Nutzen. Sie ist gewiss nicht im Stande, den Pat. vor den Gefahren der Syphilis zu schützen, vermag auch nicht späteren Recidiven vorzubeugen, wol aber glaube ich in manchen Fällen nach Excision einen auffallend milden Verlauf der Syphilis beobachtet zu haben, wenngleich ich ja nicht mit Sicherheit sagen kann, dass der Verlauf wegen gemachter Excision ein so auffallend gutartiger gewesen ist. Ich führe Ihnen zum Belege nur einen mehrerer analoger Fälle an. Ein junger Kaufmann von circa 30 Jahren acquirirt ein Ulcus durum und liess sich von mir etwa in der 3. Woche post infectionem die Schankerexcision machen. Heilung per primam, keine specifische Behandlung. Keine Anzeichen von Syphilis nachweisbar im Laufe dreier Jahre während welcher sich der gewissenhafte Pat. bei mir und anderen Collegen zahlreichen Untersuchungen hat unterziehen lassen. Während der ganzen Zeit hat der Pat. sich des allerbesten Allgemeinbefindens erfreut. Im Beginn des 4. Jahres linksseitige Iritis, die prompt einer spec. Behandlung wich. Ist ihm diese allendlich doch nicht erspart worden, so sind ihm, glaube ich, doch 3 Jahre ungetrübten Wolbefindens geschafft worden, wenigstens sind ihm die wiederholten Kuren erspart worden und der Pat. in seiner Berufsthätigkeit in keinerlei Weise gestört worden. Dass es nicht immer so gut geht und dass trotz der Schankerexcision die Allgemeinerscheinungen im gewöhnlichen Tempo folgen, lehrt ja die tägliche Erfahrung. Ein 2. Fall betraf einen jungen Mann, dem ich 8 Tage vor seiner Hochzeit, die er auf keinen Fall glaubte verschieben zu dürfen, die Excision machen musste. Nach prompt eingetretener prima intentio heirathete er zum Termin. Während eines 1-jährigen Beobachtungstermines habe ich keine Allgemeinerscheinungen entdecken können. Ob wirklich auf die Dauer Mann und Frau von der Syphilis werden verschont bleiben, wird die Zukunft lehren; die ihm so ungemein lästige Localbehandlung ist ihm wenigstens erspart geblieben.

Wir werden ja die Excision nicht vornehmen an einem sehr späten Termin und nicht dann, wenn wir nicht im Gesunden operiren können, werden sie auch nicht machen, wenn die Sclerose an der glans sitzt und eine grosse Narbe hinterlassen dürfte, auch nicht wenn sie extragenital etwa am Augenlide oder Nasenflügel etc. sitzt. wol aber werden wir sie als gute Localbehandlung befürworten, wenn sie am Rande eines langen Präputium sitzt, an dem man mit der Circumcision dieses und die Sclerose entfernen kann.

Der Termin, an welchem die Allgemeinbehandlung zu beginnen hat, muss meiner Meinung und Erfahrung nach ein später sein, d. h. erst dann beginnen, wenn die Allgemeinerscheinungen aufgetreten sind. Der Nutzen, den eine früher eingeleitete Allgemeinbehandlung bringen soll, scheint mir ein illusorischer zu sein, denn die Syphilis wird durch die frühe Behandlung im Keime nicht erstickt, dafür sprechen ja all die späteren Recidive, wol aber glaube ich in solchen Fällen, wo eine frühzeitige Allgemeinbehandlung, also noch vor dem Auftreten der Allgemeinerscheinungen, eingeleitet wurde, ganz besonders

schwere Fälle von Syphilis gesehen zu haben. Die Syphilis halten wir für eine Infectionskrankheit und das Hg. schätzen wir als das werthvollste antisyphilitische Mittel in allen ihren Stadien, den recenten, gummösen, tardiven und den hereditären, aber ein unfehlbares Mittel, das die Syphilis im Keime erstickt und ihre Weiterentwickelung unmöglich machte, ist es nicht und soll es deshalb, meine ich, dann angewandt werden, wenn uns die Nothwendigkeit dazu drängt, d. h. wenn Anzeichen der Allgemeinerscheinungen vorhanden sind. Ich halte dafür, dass es richtiger den typischen natürlichen Verlauf einer chronischen Infectionskrankheit nicht willkürlich zu unterbrechen — gegen den Strom zu schwimmen ist nicht rathsam — mit der Allgemeinbehandlung einzusetzen, wenn sie mit Ausbruch der Allgemeinerscheinungen gewissermassen ihren Höhepunkt erreicht und überschritten hat und ihr dann von Fall zu Fall nachzugehen. In welche missliche Lage geräth Pat. und Arzt wenn die Allgemeinbehandlung vorzeitig begonnen war, durch eine Reihe von Wochen ausgeführt wurde und nach Abschluss derselben das prächtigste papulöse Exanthem auftritt — wie ich das mehrfach und noch in allerletzter Zeit zu sehen Gelegenheit hatte — und äussere Verhältnisse und das Befinden der Pat. eine Fortsetzung der Kur nicht gestatten, weil Salivation und eine nicht unbeträchtliche Abnahme des Körpergewichts eingetreten war. Dass das Zutrauen der Pat. zu der Kurmethode einen argen Stoss erlitten hat, ist doch das Mindeste, wenn auch nicht das Schlimmste an der Sache und mit diesem Zutrauen der Pat. haben wir Aerzte doch gewiss zu rechnen. Es will uns daher scheinen, dass wir mehr dem Pat. einen Gefallen anthun, in seinem Verlangen ihn möglichst schnell von seinem Leiden zu befreien, als sachlich rationell vorgehen, und glaube deshalb — namentlich aber auch um möglichen Irrthümern in der Diagnose vorzubeugen, die doch immerhin vorkommen können, solange man es mit der Sclerose allein ohne Allgemeinerscheinungen zu thun hat — zu der Allgemeinbehandlung erst nach Ausbruch der Allgemeinerscheinungen rathen zu müssen.

Von den therapeutischen Mitteln zur Bekämpfung der Syphilis verdienen unstreitig als die besten und brauchbarsten die **Hg-präparate** und das **Jod** genannt zu werden. Das von **Günz** in Dresden vorgeschlagene **chroms. Kali** hat, soweit mir die Lit. über Syphilisbehandlung bekannt ist, das nicht gehalten, was der Autor von demselben versprach und ist, soviel ich darüber Erfahrung habe, praktisch nicht brauchbar. Das Hg. schätzten wir seit Alters her, und auch heute noch, als das werthvollste Heilmittel für alle Formen der Syphilis, der frühen, recenten, der tertiären und der hereditären und brauchen es bei Erwachsenen sowol wie bei Kindern; das Jod versagt seine Dienste in dem Frühstadium der Syphilis, erweist sich dafür wirksam und unentbehrlich für die Spätformen. Bei der Anwendung des Hg. haben wir das Bestreben, das Medicament in vorsichtiger, den Organismus schonender Form beizubringen in nicht zu grossen Einzeldosen dem Körper einzuverleiben, so dass Vergiftungserscheinungen vermieden werden und das Mittel genügend lange Zeit gebraucht werden kann, entsprechend dem Charakter und dem chronischen Verlauf der Krankheit, einerlei ob es vom Darm aus, durch die Haut oder vom Unterhautbindegewebe durch die Lymphbahnen eingeführt wird. Seitdem man daher das Mittel in Anwendung bringt, ist es das Bestreben gewesen, den besten Modus dafür zu finden, bei dem es zugleich möglich sein soll, Zufuhr und Ausscheidung genau zu messen; wie weit jede einzelne Methode diesen Anforderungen entspricht, soll hier nicht discutirt werden.

Die Art das Hg. einzuverleiben ist 1) die interne, 2) die cutane und 3) die subcutane.

Die internen Mittel, als Calomel, Sublimat in Pillen und in Lösung, das Protojodur. hydrarg., das Hydrarg. tannic. oxydulat. etc. etc. sind heute noch im Gebrauch und leisten bei Kindern und bei Erwachsenen vortreffliche Dienste und wenn ihr Gebrauch heut zu Tage durch die Injectionsmethoden auch wesentlich eingeschränkt ist, so bleiben sie doch immerhin für viele Fälle, namentlich der ambulatorischen Praxis, wo aus äusseren Gründen eine andere Methode nicht angängig ist, durchaus brauchbar. Hier bei uns zu Lande und in Deutschland mag ihr Gebrauch ein beschränkterer sein, in Frankreich und England beispielsweise stehen sie noch in hohem Ansehn und dürften wohl auch bei uns nicht ganz entbehrlich sein. In welcher Form, ob als Calomel, Sublimat, JodHg. oder Hydrarg. tannic. oxydulat. das Medicament angewandt wird, bleibt Erfahrungssache des Einzelnen, je nachdem er bei Kindern oder Erwachsenen es zu verordnen pflegt. Dass man mit den internen Mitteln gute Resultate erreichen kann, unterliegt ja keinem Zweifel, doch sollen sie, wenn verordnet, **lange gebraucht** werden, bei recenter Lues mit Unterbrechungen bis zu 2 Jahren. Leider werden sie auf die Dauer vom Magen und Darm nicht vertragen, machen Enteritis und Salivation und liegt es daher nahe, diesen Applicationsmodus obgleich er sehr bequem ist, durch einen besseren zu ersetzen, der Magen und Darm nicht angreift.

Diesen Anforderungen entspricht die namentlich von **Lewin** eingeführte subcutane Injectionsmethode. Zur Injection gelangen lösliche und unlösliche Präparate. Sollte ich Ihnen, m. H., alle Mittel aufzählen, die zu Injectionen verwandt wurden und versucht wurden und ihren Werth und Unwerth zu besprechen versuchen, es würde weit den Rahmen dieser kleinen Skizze überschreiten, ich beschränke mich daher darauf, Ihnen als gebräuchlichste zu nennen, das Sublimat von den löslichen, das Calomel, das Hydrarg. salicyl. und das graue Oel von den unlöslichen. Das Sublimat kommt in 1—2 pCt. selbst 5 pCt. Lösung zur Anwendung und bewährt sich sehr gut. Die Injectionen schmerzen meist recht stark, obgleich auch das individuell sehr verschieden ist — ich sah einen Officier nach täglichen Injectionen anstandslos zu Pferde im Dienst — und müssen recht oft, 3—4 mal wöchentlich, und in grösserer Anzahl gemacht werden. Nicht immer hält es der Pat. solange aus und daher auch wohl die häufig beobachteten Recidive. Infiltrationen sah ich recht häufig, Abscesse habe ich nach vielen Hunderten von Injectionen nicht gesehen.

Eine nachhaltigere Wirkung hat man durch Anwendung der unlöslichen Präparate zu erzielen versucht. Das salicylsaure Hg. und das Calomel, welche man in Ol. vaselini oder Paraffinum liquidum 1 : 10 emulgirt anwendet, werden vortrefflich vertragen und geben sehr gute Resultate. Das Calomel giebt eine sehr energische und nachhaltige Wirkung ab und kommt etwa alle 6, 8—10 Tage zur Anwendung. 3—4 Injectionen, selten 5—6, eine Pravaz'sche Spritze voll. Das salicylsaure Hg. 1—2 mal wöchentlich angewandt, 6—8—10—12 Injectionen und mehr ist eine gut, schnell und sicher wirkende Injection, die gewiss der Empfehlung werth ist. Das graue Oel nach **Lang** kommt in grösseren Intervallen, von wenigstens einer Woche zur Anwendung, 3—4 Injectionen im Ganzen, macht aber, soviel ich sah und selbst Erfahrung habe, beträchtliche Indurationen von sehr langem Bestand, obgleich der therapeutische Effect ein guter war. — Zur Anwendungsweise nur soviel — es soll tief in die Nates injicirt werden.

So bequem, sicher, präcise und sauber die Injectionsmethode auch sein mag, so hat sie doch ihre grossen Schattenseiten, denn — alle Injectionen schmerzen und wenn auch zugegeben werden muss, dass die Schmerzhaftigkeit meist nicht sehr gross ist, stösst man doch manchmal auf Individuen, die sich auf keinen Fall einer erneuerten Injection unterziehen wollen. Auch die schein-

bare Präcision ist keine genügende, denn wir haben keinen sicheren Maassstab dafür, ob alles von dem unlöslichen Präparat, das wir lege artis tief in die Muskulatur der Glutealgegend injicirten, resorbirt wird, vielleicht längere Zeit liegen bleibt und dann durch irgend ein accidens rapide zur Aufsaugung kommt. Wie sollte sonst die colossale Salivation und Stomacace, die man nach beendeter Injectionscur zu sehen Gelegenheit hat, zu erklären sein. Stellen sie sich, m. H. nur vor einen heruntergekommenen Pat. mit schwerer Lues, der 3, 4 Injectionen von Hydrarg. salicyl. bekommen hat, oder 1, 2 Calomelinjectionen: alles ist ganz gut gegangen und plötzlich finden sie ihn im Bett, sitzend, den Oberkörper nach vorne gebeugt, weil der Speichelfluss ihn nicht liegen und schlafen lässt, mit stark angeschwollener Zunge, foetor ex ore und nur im Stande mit Mühe etwas Milch, oder sonst Flüssigkeiten zu schlucken. Die Hg-Resorption findet dabei ruhig weiter statt, den Hg-heerd können Sie nicht eliminiren und wenn schliesslich diese kritische Situation auch glücklich ausläuft, Sie stehen ihr gegenüber augenblicklich doch ohnmächtig da. Die schlimmeren Folgen dieser Injectionen sind die Lungenembolien und der Tod nach Calomelinjectionen. Dass solche vorkommen können, lässt sich zur Genüge aus der Lit. erhärten und auch meine Collegen vom Rigaschen Stadtkrankenhaus werden das bezeugen können, die wenn ich nicht irre, vor nicht gar langer Zeit, einen Todesfall nach Calomelinjection gesehen haben. Eine Lungenembolie nach Injectionen von Hydr. salicyl. sah ich selbst, die nach schwerem Krankenlager glücklich in Genesung endete — eine schwere acquirirte Influenza sollte es nach Meinung des Pat. gewesen sein. Nun, m. H.! nach diesen kurzen Auseinandersetzungen werden Sie mir wohl Recht geben, dass auch vor den Injectionen unlöslicher Hgpräparate dennoch wohl zu warnen ist, oder richtiger, sie nicht als ganz ungefährlich anzusehen sind. Für ambulatorische Praxis und Hospital sind sie gewiss empfehlenswerth. Trotz dieser relativen Gefährlichkeit bleibt die subcutane Injectionsmethode eine Bereicherung unserer Kampfesmittel gegen eine verheerende Krankheit, gegen welche in allerletzter Zeit intravenöse Injectionen von Sublimatlösungen empfohlen sind. Von Italien ausgegangen, ist die Methode auch in Berlin von Lewin versucht worden, soll aber bisher keine ermuthigenden Resultate ergeben haben. Die Versuche sind noch nicht abgeschlossen und ist die Angelegenheit noch nicht spruchreif.

Die letzte zu besprechende Anwendungsweise von Hg. bleibt die altbewährte Inunctionscur. Sie gilt als die beste, weil sie die genannten Gefahren nicht mit sich bringt, in gleichmässigem ruhigem Tempo das Medicament dem Organismus in gut vertragenen Quantitäten beibringt und daher auch genügend lange ausgedehnt werden kann. So lange es nichts Vollkommeneres giebt, pflegt man sie als die zuverlässigste anzusehen, welche — wenn genügend lange ausgedehnt und soweit erforderlich, genügend oft wiederholt — die nachhaltigsten guten Resultate ergiebt. Erwachsene, wie Kinder, männliche und weibliche Individuen ertragen sie meist gut und nur da muss von derselben Abstand genommen werden, wo eine Idiosynkrasie gegen Hg. überhaupt besteht, oder wo die Haut die Einreibungen der grauen Salbe absolut nicht vertragen will (Eczembildung), was übrigens sehr selten vorkommt. Ob die gewöhnliche officinelle graue Salbe angewandt wird, oder die Hg-seife scheint gleichgültig zu sein, ebenso wie geringe Modificationen in der Zusammensetzung der Salbe selbst. Von ungemein grosser Wichtigkeit bleibt die Localbehandlung der Plaques, Condylome etc. etc. welche niemals unterbleiben soll und die exacteste Zahn- und Mundpflege, gegen welche so ungemein viel von den Kranken, selbst den intelligenten und denen der gebildeten Klassen gesündigt wird. Der Hautpflege soll nach Möglichkeit Rechnung getragen werden, daher möglichst häufig, wenn möglich täglich gebadet werden. Für Licht, für Luft, für Bewegung im Freien in guter Jahreszeit soll gesorgt werden, ebenso wie für genügende Ernährung und soll nach Möglichkeit alles vermieden werden, was irgend einen schädigenden und schwächenden Einfluss auf den Organismus ausüben kann. Es soll ein vernünftiges Regime durchgeführt werden. Seit Alters her und heute noch erfreuen sich die Schwefelbäder eines besonderen Renommée's bei der Behandlung der Syphilis und das mit gewissem Recht. Dass sie keine Specifica gegen die Lues sind ist ja bekannt, wohl aber leisten sie Vortreffliches für die Hautcultur und erweist sich die Combination von Inunctionscur und Schwefelbad als praktisch gut und glücklich. Man schickt die Pat. in die Schwefelbäder, weil es gut ist die Pat. zum Zweck geeigneter Behandlung aus den gewöhnlichen Verhältnissen herauszureissen und sie an einen Ort zu bringen, an dem sie sich nur zum Zweck der Behandlung aufhalten sollen, wie ja das für viele andere Erkrankungen mit Recht geschieht. Das Wasser allein macht es freilich nicht, wohl aber die genannte Combination und das vernünftige Regime bei guten hygienischen Verhältnissen unter der Controlle erfahrener Aerzte. Das wolbekannte Aachen verdankt seinen Ruf sicherlich nicht allein seinen Quellen und seinen vortrefflichen Badeeinrichtungen und der hochentwickelten Badetechnik, sondern auch der Schaar hervorragend tüchtiger praktischer Aerzte, zu denen das grosse ärztliche Publikum begründetes Vertrauen hegt.

Was von den Schwefelbädern gilt, gilt ebenso von den Jod- und Soolbädern etc., auch hier werden die Kuren gut vertragen und gute Resultate erreicht.

Zum Schluss noch ein Wort über die Dauer der Behandlung. Die so häufig beliebte Zahl der 30 Einreibungen scheint mir viel zu niedrig bemessen zu sein, namentlich für die erste Behandlung, diese gerade möchte ich möglichst ausgiebig durchgeführt wissen, weil sie mir gewissermaassen die Basis für die späteren Wiederholungen abzugeben scheinen. Die Anzahl der ersten Einreibungen muss soweit thunlich eine hochbemessene sein und — das Individualisiren selbstredend nicht zu vergessen — auf 50 und 60 Inunctionen ausgedehnt werden. Die schwersten Schädigungen welche die Syphilis setzt bleiben immer die Erkrankungen des Centralnervensystems und auffallend ist es, dass man meistentheils von den Pat., die man mit solchen schweren Leiden in Behandlung bekommt, die Aussage zu Protokoll bekommt, sie seien kurze Zeit mit Pillen, oder mit einer ganz geringen Anzahl Einreibungen oder Injectionen behandelt worden, es sei ja ein ganz kleiner Schanker dagewesen und wenige Flecke, hier im Beginn der Erkrankung meist energisch eingeschritten worden und ausgiebig behandelt worden. Ich lebe der Ueberzeugung, dass die schweren Spätformen der Syphilis seltener sein würden, wenn lang ausgedehnte Schmierkuren im Beginn durchgeführt werden und wiederholt würden, wenn Recidive eintreten.

Bei der Behandlung der Spätformen der Syphilis mit langdauernden Inunctionskuren erreicht man oft ein Stadium in welchem die Heilung scheinbar nicht fortschreiten will, es scheint als ob der Organismus sich an das Medicament gewöhnt hat und nicht mehr recht reagiren will, selbst wenn man die gewöhnliche Tagesgabe von 4 Grm. auf 5 und 6 erhöht, hier muss die Pause eintreten und das Jod an die Stelle treten, um alternirend dem Hg. wieder Platz zu machen, eventuell mit demselben combinirt werden.

Pillen und Pulver und Injectionen befreien den Kranken von den Erscheinungen der Syphilis, die Inunctionskur bleibt die solideste und zuverlässigste der Methoden, doch nur dann wenn die Zahl der Inunctionen eine grosse ist und bei eintretenden Recidiven im Laufe der 2 ersten Jahre im Wiederholungsfalle nicht zu knapp bemessen und gut dem Individuum angepasst wird. Energisch sollen wir die-

ser Geissel des Menschengeschlechts aufs Haupt schlagen wenn sie auftritt und energisch sollen wir dem heimtückischen Feinde zu Leibe gehen, wenn er sich wieder zeigt. Immer wird es ja wol maligne Formen der Lues geben, in denen sich unsere ganze Therapie ohnmächtig erweist, in der übergrossen Zahl der Fälle werden wir durch intensive Behandlung erfolgreich, weil zielbewusst handeln, handeln zum Segen des lebenden und kommenden Geschlechts.

Referate.

Rincheval: Ein neues Operationsverfahren zur Behandlung congenitaler Defecte eines Unterarm- u. Unterschenkelknochens. (Langenbecks Archiv. Bd. 48. IV.)

R. beschreibt ein von Bardenheuer ersonnenes Verfahren bei congenitalem Defect eines Unterarm- oder Unterschenkelknochens, das darin besteht, dass der vorhandene andere Knochen an seinem distalen Ende gespalten und der seitlich angefrischte, eventuell etwas verschmälerte carpus resp. tarsus zwischen die beiden so gebildeten Knochenspangen implantirt wird. So wird der fehlende radius wenigstens in seinem distalen Theile durch Knochen ersetzt. Die Resultate in 3 so operirten Fällen waren gute, die Beweglichkeit im Handgelenk war eine recht ausgiebige. Bei Tibia- und Fibuladefect wurde in derselben Weise mit gutem Erfolge operirt.

An Thierversuchen konnte R. constatiren, dass das Längenwachsthum der Extremität durch die Operation in keiner Weise beeinträchtigt wird. W. F.

M. W. af Schultén: Ueber «Pagets disease of the nipple» nebst Mittheilung eines typischen und hochgradigen Falles dieser Krankheit. (Langenbecks Archiv Bd. 48, IV).

S. berichtet über einen sehr hochgradigen Fall dieser seltenen von Paget 1874 zuerst beschriebenen und nach ihm benannten Krankheit. Es handelt sich um eine eigenthümliche Erkrankung der Haut des Warzenhofes, die am ehesten mit Lupus verwechselt werden könnte. In den meisten bisher beschriebenen Fällen hat sich an die Hautaffection ein Carcinom der Brustdrüse angeschlossen, welches nicht immer direct von der erkrankten Haut, sondern auch von den Drüsenlappen selbst ausging, in letzterem Falle aber durch einen indurirten Strang mit der erkrankten Hautpartie zusammenhing. Während makroskopisch eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Eczem oder Lupus besteht, ist mikroskppisch das Wesen des Processes in einem Ausbleiben der Verhornung der obersten Epithelschichten und in einer starken Zellproliferation im rete Malpighii zu suchen. Darier beschrieb 1889 innerhalb der Epithelzellen runde Körper in einer lichtbrechenden Membran mit doppelten Contouren, die er als Psorospermien oder Coccidien deutete. Dieselben lassen sich dann auch im Carcinom nachweisen. Karg sah dieselben als Producte der Zellendegeneration an. S. giebt die Krankengeschichte einer 69-jährigen Frau, wo die erwähnte Hautaffection eine colossale Ausdehnung über den Thorax und den rechten Oberarm erreicht hatte. S. hatte bei der Patientin 1883 die rechte mamma wegen des bereits entwickelten Carcinoms amputirt, konnte aber nicht die ganze erkrankte Hautpartie mit entfernen. Die Wunde heilte per primam, aber die Hautaffection schritt trotz aller Behandlung weiter fort und 1891 erlag die Patientin einem Recidiv. S. räth daher stets die erkrankte Haut vollständig zu exstirpiren, da der Process jeder anderen Behandlung trotzt. W. F.

W. Körte: Zur chirurgischen Behandlung der Pankreas-Eiterung und Pankreas-Nekrose. (Langenbecks Archiv Bd. 48, IV.)

K. giebt im Anschluss an 3 selbst beobachtete Fälle eine Beschreibung der eitrigen und necrotischen Pankreasentzündungen, die in letzter Zeit chirurgisches Interesse beansprucht haben. Zwei weitere Beobachtungen betreffen eine Eiterung in der bursa omentalis nach Durchbruch eines Pyloruscarcinoms und einen Fall, wo die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Pancreatitis lautete, der chirurgische Eingriff aber zunächst unterblieb. Bezüglich der Pancreasentzündungen unterscheidet Verf. ebenso wie Fitz, der eine eingehende Monographie über dieses Kapitel verfasst hat, 3 Formen: die suppurative, gangränöse und hämorrhagische. Von diesen haben wohl nur die beiden ersten für die Chirurgie Interesse, da die hämorrhagische Pancreatitis meist sehr acut zum Tode führt und nur in den Fällen, wo der Process weniger rasch verläuft und durch die Blutung eine Nekrose des Pankreas entsteht, ein chirurgischer Eingriff gerechtfertigt erscheint.

Die Aetiologie der eitrigen Pancreatitiden ist unklar. Einwanderung von Entzündungserregern aus dem Darm und Uebergreifen entzündlicher Processe aus der Nachbarschaft, könnten in Betracht kommen. Totalnecrose des Pancreas kann durch eine Hämorrhagie, aber nach Balser auch durch Fettgewebsnecrose bedingt sein. Die Symptome der eitrigen Pancreatitiden bieten eine gewisse Aehnlichkeit mit denen einer acuten Magendarmentzündung dar, in hochgradigen Fällen kann das Bild eines Ileus vorgetäuscht werden und sind mehrfach erfolglose Laparotomien wegen dieser Diagnose ausgeführt worden.

In Betreff der Diagnose, die wohl stets Schwierigkeiten machen dürfte, ist auf eine tumorähnliche Resistenz im Epigastrium zu achten, welche Verf. in allen seinen Fällen im Verlaufe der Erkrankung auftreten sah. Der Verlauf ist entweder, wie meist bei der hämorrhagischen Form ein sehr acuter und es tritt durch Collaps der Tod ein, oder es schliesst sich an das acute ein subacutes Stadium an. Jetzt ist wohl stets schon Eiter vorhanden, der entweder retroperitoneal gelegen ist, oder die bursa omentalis perforirt hat, wie es namentlich bei traumatischer Ursache der Fall sein kann. Tritt nicht rasch operative Hülfe ein, so ist die Weiterverbreitung der Eiterung wie es scheint, eine typische. Die Senkung des Eiters findet meist nach links hin, gegen die Milz, statt; der Eiter kann die linke Niere umspülen und längs dem colon descendens in's Becken hinabtreten. Auch Senkungen zwischen die Blätter des Mesocolon und sogar des Mesenterium sind in lange dauernden Fällen beobachtet worden.

Die chirurgische Therapie tritt in ihre Rechte, wenn sich bereits Eiterung etablirt hat; im acuten Stadium ist sie wegen des Collapses nicht zu empfehlen. Die Eröffnung der bursa omentalis geschieht am besten folgendermaassen: Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird das lig. gastrocolicum mit dem parietalen Peritoneum vernäht, um die Bauchhöhle zu schützen und dann stumpf an einer gefässlosen Stelle zerrissen, um dem Eiter Abfluss zu schaffen. Bei Senkung nach links empfiehlt sich eine Gegenöffnung in der linken Lumbalgegend. Bei vorwiegend retroperitonealem Sitz des Eiterheerdes ist es vorzuziehen nach schräger Durchtrennung der Bauchwand, ähnlich wie bei der Nierenexstirpation das Peritoneum abzuschieben und gegen das Pancreas vorzudringen. Charakteristisch für den Pancreaseiter ist sein hoher Fettgehalt.

Die 5 Krankengeschichten und ein Litteraturverzeichniss schliessen die Arbeit. W. F.

F. Jolly: Ueber Myasthenia gravis pseudoparalytica. (Berlin. klin. Wochenschr. № 1).

Das Krankheitsbild, welches Jolly mit der Benennung «Myasthenia gravis pseudoparalytica» belegt, ist bereits von einigen Autoren beschrieben worden (in der Literatur sind darüber 17 Mittheilungen bekannt); je nach der Auffassung des pathologischen Processes, wurden auch verschiedene Bezeichnungen vorgeschlagen: Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, asthenische Bulbärparalyse (Strümpell). In einzelnen Fällen konnte man bei der Autopsie Veränderungen in den centralen Theilen der Pyramidenbahnen nachweisen, oder aber es bestanden, wie in dem Falle von Kalischer, degenerative Vorgänge im centralen Höhlengrau, von den Augenmuskelkernen angefangen bis zum Sacralmark. In den meisten Fällen jedoch blieb auch bei der Section die Localisation des pathologischen Processes im Nervensystem unaufgeklärt, weshalb Jolly den Vorschlag macht die Benennung der Krankheit auf das allen Fällen gemeinsame, charakteristische Muskelphaenomen zu gründen. Verfasser beschreibt 2 von ihm beobachtete Fälle. Das hervortretende Symptom besteht darin, dass die willkürliche Musculatur nach kurzer Thätigkeit functionsunfähig wird, sie erscheint vorübergehend wie gelähmt, um nach einiger Ruhe wieder functionstüchtig zu werden. Verbleibt ein solcher Patient einige Zeit in horizontaler Lage, so kann er zunächst ganz gut gehen. Nachdem er aber sehr kurze Zeit gegangen ist, findet ein Uebergreifen der Beine über einander statt (watschelnder Gang); die Beine können nicht mehr gehoben werden, die Vorwärtsbewegung geschieht noch eine Zeit lang in der Weise, dass eine Drehung im Hüftgelenk vorgenommen, und so das Becken mit dem anderen Bein vorgeschoben wird, bald aber muss der Patient sich hinsetzen, sonst kommt er unfehlbar zu Fall. Dasselbe kann man bei Bewegungen der Arme constatiren, zunächst kann er ganz gut die Arme hochheben und senken, bald aber werden die Bewegungen immer kleiner und nach einer 9. oder 10. Hebung, bringt der Patient den Arm vom Körper nicht ab. Auch die Augenmuskeln (Zufallen der Augenlider bei Seh-Anstrengungen) die Kaumuskeln (häufiges Innehalten beim Essen) und die Muskeln der Lippe zeigen dasselbe Phaenomen. Der Zustand der Muskulatur (Stärke und Beschaffenheit derselben) ist völlig normal. Der Patellarreflex ist erhalten, die Hautsensibilität normal. Interessant ist das Verhalten der Muskulatur gegenüber elektrischen Reizen. Mit dem faradischen Strom erhält man bei gewöhnlichen Reizstärken sowohl direct, wie indirect Contractio-

nen. und die Schliessungs- und Oeffnungszuckungen bei Anwendung des constanten Stromes treten in der normalen Reihenfolge auf, sind blitzartig und von ganz normalem Ablauf. Lässt man aber einen tetanisirenden Reiz auf den Muskel einwirken, so tritt genau das gleiche Phaenomen, welches bei Ermüdung der Muskeln durch den Willensreiz beobachtet wird, auf. Sehr bald wird der Tetanus bei jeder folgenden Reizung weniger vollständig, und es wird ein Stadium erreicht, in welchem jedes Mal noch im Moment des Eintrittes des Stromes eine kurz dauernde Contraction eintritt, während dann bei Fortdauer der Reizung der Muskel in einem ganz schwachen schliesslich ebenfalls verschwindenden Contractionszustande verharrt. — Verfasser führt eine ganze Reihe von Myogrammen vor, die die angeführten Phaenomene sehr deutlich wiedergeben und schlägt vor, diese besondere Art der electrischen Reaction mit dem Namen «myasthenische Reaction» zu bezeichnen. Bei der Behandlung der Krankheit müssten Mittel angewandt werden, welche nach ihrer pharmakologischen Wirkung das Gegentheil der myasthenischen Reaction, d. h. also den myotonischen Zustand hervorzurufen geeignet sind. Die in Betracht kommenden Alkaloide (Veratrin, Physostigmin) sind aber nicht frei von Nebenwirkungen auf das Nervensystem. Versuche mit denselben hält Jolly für durchaus nothwendig. Einstweilen empfiehlt er für die Praxis die Anwendung von Eisen, Arsen, Strychnin und Ergotin (letztere beide Mittel hat Goldflam warm empfohlen). Vor allem aber müssen die Kranken vor Anstrengungen bewahrt werden; Uebungen der erschöpfbaren Muskeln sind nicht rathsam, auch die Anwendung des galvanischen oder faradischen Stromes soll besser unterbleiben. Besondere Aufmerksamkeit verlangt die Ernährung der Kranken, da die Ermüdung der Kau- und Schlingmuskeln zu unvollständiger Nahrungsaufnahme Anlass giebt; bei besonderem Sinken des Ernährungszustandes müssen Nährklystiere angewandt werden.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Specielle Pathologie und Therapie herausgegeben von Prof. Dr. Hermann Nothnagel. XIV. Band, I. Theil.

Prof. Dr. O. Rosenbach in Breslau: Die Erkrankungen des Brustfells. Wien 1894. Alfred Hölder.

Je weiter die Herausgabe des von Professor Nothnagel redigirten Sammelwerkes der speciellen Pathologie und Therapie vorschreitet, um so mehr müssen wir den grossen Werth desselben für den praktischen Arzt anerkennen. Wenn auch das Ziemssen'sche Werk als Nachschlagebuch seinen Werth durchaus noch nicht verloren hat, so lassen uns doch recht viele Capitel unbefriedigt, indem die neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Pathologie und Therapie natürlicher Weise fehlen. Uns liegt der 1. Theil des XIV. Bandes des Nothnagel'schen Werkes vor, die Bearbeitung der Pleuraerkrankungen von der Feder des Breslauer Klinikers. Prof. Rosenbach. Wenn schon der Name dieses Autors für die Trefflichkeit des Inhaltes bürgen muss, so können wir in der That die Darstellung der Brustfellerkrankungen als eine meisterhafte bezeichnen; die geschickte Bearbeitung des Stoffes, die klare, leicht fassliche Darstellungsweise, die Vorurtheilslosigkeit und absolute Objectivität des Verfassers werden wohl auch den anspruchvollsten Leser befriedigen. Auf eine detaillirte Wiedergabe des Inhaltes müssen wir leider verzichten; wollen hier nur hervorheben, dass neben der eingehenden Beschreibung der Aetiologie und Symptomatologie der Pleuraerkrankungen, besonders sorgfältig und ausführlich die Therapie geschildert wird, so dass sowohl der interne Arzt als auch der Chirurg Belehrung und Anregung finden können.

Abelmann.

Hermann Kuhnt: Ueber die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen und ihre Folgezustände. Wiesbaden 1895.

Die entzündlichen Erkrankungen der Stirnhöhlen sind entschieden viel häufiger als die bisherigen Statistiken angeben. Den hier vorliegenden Betrachtungen liegen 24 eigene Fälle zu Grunde. Die Sinuitis kann acut oder chronisch verlaufen, sie kann je nach der Beschaffenheit des Secrets catarrhalisch blenorrhoisch, pyorrhoisch sein, oder sich als Empyem, Hydrops und Mucocele darstellen. Der chronischen entzündlichen Form, bei welcher sich an ein Vorstadium mit Allgemeinsymptomen in gewissen Zwischenräumen Attaken acuter fieberhafter Zustände anschliessen, stehen andere Formen ohne diesen intermittirenden Verlauf gegenüber. Aetiologisch kommen ausser einer individuellen Prädisposition, wie sie in der Gestalt des Sinus und seines Ausführungsganges und in constitutionellen Ursachen begründet ist, hauptsächlich Infectionen und Traumen in Betracht. Von grosser Regelmässigkeit bei den eitrigen Frontalsinuitiden ist das Zustandekommen von Perforationen. Die auffallende Thatsache, dass hierbei gewisse Stellen bevorzugt werden (innerer oberer Orbitalwinkel und Gegend der Incisura supraorbitalis) findet eine plausible Erklärung in dem Vorhandensein von Venen, welche an diesen Stellen der pyogenen Substanz die Bahn weisen. — Die Diagnose stützt sich, ausser auf die Anamnese, auf Schwellung und Druckempfindlichkeit der Stirngegend, das Vorhandensein von Fisteln, Lidoedeme und gleichzeitige Nasenerkrankungen. — Die Complicationen von Seiten des Auges stehen im Vordergrund der vorliegenden Arbeit. Kuhnt theilt jene 1) in solche ein, die durch mechanische Ursachen hervorgerufen werden (Verlagerung des Bulbus, Functionsbehinderung seiner Muskeln) 2) Veränderungen von Seiten des Auges entzündlicher Natur. 3) functionelle Störungen, d. h. solche ohne wesentlichen objectiven Befund; sie äussern sich hauptsächlich in Gesichtsfeldeinschränkungen und sind wohl auf eine Störung des Allgemeinbefindens durch Resorption der eitrigen Massen zurückzuführen. — Von grosser Wichtigkeit sind die Complicationen von Seiten des Gehirns; sie werden lebensgefährlich, wenn es zum Durchbruch des Eiters durch die hintere Wand des Sinus front. kommt. Kuhnt stellt aus der Litteratur 17 Fälle von Stirnhöhlenempyem mit tödtlichem Ausgang zusammen und zieht den Schluss, dass eine bevorzugte Stelle für den Durchbruch seitwärts von der Crista galli vorhanden ist. Die Feinheit der Knochenplatte und der Durchtritt von Venenstämmchen erklärt diese Erscheinung. Wahrscheinlich sind die Nebenhöhlen überhaupt als Eingangspforte für das Virus bei vielen Fällen von ätiologisch nicht aufgeklärten Vorderhirnabscessen, Meningitiden und Sinusthrombosen anzusehn. — In dem Schlussabschnitt behandelt der Autor die Therapie und unterzieht sämmtliche bisher geübten Methoden einer eingehenden Besprechung; für diejenigen Fälle, in welchen eine Heilung durch Abführen des Secrets nicht erzielt werden kann, schlägt er eine principielle Wegnahme der ganzen vorderen Sinuswand nebst der kranken Schleimhaut vor; die hierdurch bewirkten kosmetischen Defecte sollen nur sehr geringe sein.

—yt.

G. B. Ughetti (Professor an der Universität Catania): Das Fieber. Kurzgefasste Darstellung unserer gegenwärtigen Kenntnisse über den Fieberprocess. Aus dem Italienischen übersetzt von Dr. R. Teuscher. Mit 32 Abbildungen im Texte. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1895.

Verfasser hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen eine Uebersicht über die herrschenden Ansichten in der Pyretologie. in der Lehre vom Fieber zu geben, es galt das in den letzten Decennien angesammelte Material, — die zahlreichen klinischen Erfahrungen und experimentellen Beobachtungen zu sichten und zu ordnen, um den praktischen Aerzten eine richtige Vorstellung von diesem überaus wichtigen Theil der Pathologie zu geben. Seine Aufgabe hat Ughetti in meisterhafter Weise gelöst und wird wohl dieses Werk dank der Teuscher'schen Uebersetzung auch in deutschen Kreisen viel gelesen werden. In der Einleitung führt uns Verfasser in kurzen Zügen die Ideen vor, welche zu verschiedenen Zeiten über die Lehre vom Fieber geherrscht haben und die Definitionen, welche man diesem pathologischen Process gegeben hat, alsdann schildert er die für das Verständniss des Fieberprocesses äusserst wichtigen Grundprincipien der thierischen Wärme. Es folgt eine recht klare und eingehende Beschreibung der Fiebertheorien und der verschiedenen Ansichten über die Entstehung des Fiebers. Eine Reihe von Kapiteln sind der ausführlichen Darstellung der Thermometrie, der Symptomatologie und den pathologisch-anatomischen Veränderungen gewidmet. Das Buch schliesst mit der Therapie des Fiebers, wobei Ughetti, auf Grund der in seinem Werk hervorgehobenen Thatsachen sich gegen die Antipyrese ausspricht. Ueberall bemüht sich Verfasser die Thatsachen in klarer und praeciser Weise zu schildern, gleich weit entfernt von Weitschweifigkeit und von aphoristischer Knappheit. Alles in neuerer Zeit Veröffentlichte findet gebührende Berücksichtigung, ausgenommen diejenigen Untersuchungen, deren Werth zweifelhaft ist, oder deren Resultate bestreitbar sind. — Mit der mustergültigen Uebersetzung dieses italienischen Werkes hat Dr. Teuscher dem deutschen Leserkreise einen grossen Dienst erwiesen und wir empfehlen den Collegen die Lectüre dieses Buches auf's angelegentlichste.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen d. Aerzte-Vereins zu Reval.

Sitzung vom 1. Februar 1893.

Herr Bätge berichtet über einen Fall von unstillbarem Erbrechen mit tödtlichem Ausgang. Es handelte sich um eine 49-jährige Virgo, die früher Krankenpflegerin gewesen war und wegen heftiger Cardialgien und hysterischer Beschwerden am 15 November 1892 in die Diakonissen-Anstalt

aufgenommen wurde. Die Untersuchung ergab in Bezug auf alle Organe ein durchaus negatives Resultat; die Beschwerden dauerten fort. Am 15. December verliess Patientin die Anstalt, trat jedoch schon am 28. December wieder ein, nachdem sie am 17. December zu erbrechen begonnen hatte. Morphium-Atropin-Injectionen erwiesen sich als erfolglos. Am 5. Januar 1893 trat der exitus letalis ein. Die Section am 7. Januar ergab keinerlei Anhaltspunkte für das Erbrechen. Herr Bätge nimmt an, dass es sich um unstillbares Erbrechen einer Hysterica gehandelt habe, und beruft sich auf das Lehrbuch der Constitutionskrankheiten von Albin Hoffmann, in welchem im Capitel «Anaemie und Inanition» unstillbares Erbrechen Hysterischer als Todesursache angeführt wird.

Herr Landesen hat vor mehreren Jahren als Assistent auf der psychiatrischen Klinik in Dorpat einen ähnlichen Fall gesehen, wo monatelang Erbrechen bestand und sehr starke Abmagerung eintrat. Er führte der Pat., um sie psychisch zu beeinflussen, täglich die Schlundsonde ein; am dritten Tage hörte das Erbrechen auf und kehrte nicht wieder.

Sitzung vom 1. März 1893.

Herr Hansen theilt seine Erfahrungen über das acute Lungenoedem mit. Dasselbe beruht auf einer venösen Stauung und Stase in den Lungencapillaren und führt zu Blutplasmatranssudation in das interstitielle Bindegewebe und die Alveolen der Lungen. Es ist bekannt als terminale Erscheinung oder acut auftretend hauptsächlich bei Herz- und Nierenkrankheiten. Namentlich Herzaffectionen mit stenocardischen Anfällen, insbesondere Erkrankungen der Coronararterien auf arteriosklerotischer Grundlage, auch Aorten- und Mitralfehler führen dazu. Die venöse Stauung kommt nach Annahme vieler Autoren und nach Thierexperimenten (von Cohnheim und Welch) zu Stande durch Erlahmung des linken Ventrikels, während der rechte noch fortarbeitet. Ebenso ist wohl bei Angina pectoris eine plötzliche Erlahmung des linken Ventrikels die Ursache. Dieser Umstand muss die Behandlung leiten: sie muss demnach eine excitirende sein. Herr Hansen räth mit derselben sofort zu beginnen und warnt vor dem Morphium, welches entschieden auch ein Herzgift sei. Wenn dasselbe auch vorherrschend das Athmungscentrum schädige, so sei es doch auch im Stande unvollkommene Herzsystolen zu bewirken, resp. sie ganz zu unterdrücken, wie die exacten Experimente von Fick (Würzburg) schon vor Jahren dargethan haben. Herr Hansen berichtet über einen Patienten, welcher drei heftige Anfälle hatte, die prompt einer excitirenden Behandlung wichen. Pat. litt anfang an Angina pectoris, dann trat gleichzeitig cardiale Dyspnoe und schliesslich statt dessen acutes Lungenödem auf. Das erste Mal, wo Pat. nicht sprechen konnte und mit sertorösem Athem dalag, machte Referent eine Campherinjection (1,0 von einer Lösung 1:4), welche jedoch keine Besserung brachte. Nach 6 Aetherinjectionen von je 1,0 und zuletzt wieder einer Campehereinspritzung gab sich nach ca. 1½ Studen die Dyspnoe und trat Euphorie ein. Das zweite Mal wich die Dyspnoe nach drei Aether- und einer Campherinjection, da jedoch ein kurzer sehr quälender Husten zurückblieb machte Ref. eine Morphiumeinspritzung (0,012) worauf nach einer halben Stunde wiederum Rasseln auftrat, sich blutig gefärbte Sputa zeigten und grosse Angst den Patienten befiel. Nach wieder 3 Aether- und 1 Campherinjection war auch dieser Anfall vorüber. Herr Hansen warnt auch vor dem Morphium auf der Höhe einer Pneumonie, während es zu Beginn der Erkrankung wohl erlaubt sei, — jedoch hat ihn seine Erfahrung im Laufe der Jahre auch da von demselben zu abstrahiren bestimmt.

Herr Bätge ist der Ansicht, dass man in den hier in Betracht kommenden Fällen Asthma cardiale und Angina pectoris auseinanderhalten müsse. Ersteres beruhe auf Herzschwäche und müsste excitirend behandelt werden, letztere beruhe dagegen auf einer Reizung, nicht auf Schwäche des Herzens, der Puls sei hier nicht schwach und hier sei Morphium das souveräne Mittel, welches Hülfe brächte. Freilich stehen sich in diesem Punkte die Autoren gegenüber, wie auf dem X. Congress für innere Medicin, wo Vierordt sich für, Curschmann sich gegen das Morphium aussprach.

Sitzung am 5. April 1893.

Herr Greiffenhagen berichtet über folgende Fälle aus seiner chirurgischen Praxis:

a) demonstrirt ein Osteofibrom der linken Glandula submaxillaris von mehr als Faustgrösse, welches einem 25-jährigen Manne exstirpirt wurde. Durch den Zug der Geschwulst war die Zunge etwas links von der Mittellinie tief rinnenförmig eingezogen und am Boden dieser Rinne atrophisch, fast papierdünn. Es erfolgte glatte Heilung.

b) c) und d) drei Fälle von Ileus. Dieselben werden in extenso in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden.

Sitzung am 3. Mai 1893.

Herr Samson berichtet über einen Fall von Rhinitis pseudomembranacea bei einem zweiwöchentlichen Kinde. Nachdem Anfangs nur Schnupfen wahrzunehmen gewesen war, war bald durch Auskleidung der ganzen Nase mit einer weissen Membran vollständige Obliteration ausgebildet. Zuerst gelang es für einige Zeit die Nasenathmung durch feine Drainröhren herzustellen, nachdem aber auch der Nasenrachenraum und der gesammte Pharynx befallen war, trat durch Erstickung der Tod ein. Fieber hatte nicht bestanden.

Herr Greiffenhagen berichtet im Anschluss hieran mehrere analoge Fälle, die grössere Kinder betrafen und alle günstig verliefen:

a) dreijähriger Knabe. Die mittlere und untere Muschel, sowie das Septum mit weissen Membranen ausgek'eidet. Fieberfreier Verlauf, Heilung nach ca. 8 Tagen.

b) ein 12-jähriger Knabe erkrankte mit Blutung aus dem Munde, es bildeten sich sehr schnell die Membranen aus und wurde ein Ausguss der ganzen rechten unteren Nasenhälfte ausgeschnaubt. Darauf völlige Obliteration der Nase und des Cavum nasopharyngeale, die 14 Tage anhielt. Allmählich stiessen sich die Membranen ab und es erfolgte Heilung, auch hier hatte kein Fieber bestanden.

c) bei einem 9- und einem 11-jährigen Knaben bildeten sich Membranen in einer Seite der Nase; die übrigen Hausgenossen erkrankten gleichzeitig an Angina. Verlauf ähnlich wie der vorige. Dauer gleichfalls ca. 14 Tage. In allen Fällen fehlten irgend welche Complicationen von Seiten des Bronchialtractus.

Herr Plotnikow berichtet über einen tödtlich verlaufenen Fall von Volvulus combinirt mit eingeklemmter Hernie: kräftiger 45 jähriger Mann, leidet seit seiner Jugend an gut reponirbarer Hernie. Plötzlich beim Essen Schmerzen, ein grösseres Convolut Darmschlingen tritt in das Scrotum und lässt sich nicht reponiren. Einige Stunden später sah Referent den Pat., er schien schwer leidend, hatte keinen Puls. Die incarcerirte Hernie war von Kopfgrösse. Repositionsversuche in Narkose missglückten, es wurde daher noch an demselben Tage die Herniotomie vorgenommen. Im Bruchsack fanden sich Dünn- und Dickdarm, die sich jedoch nicht reponiren liessen. Erst nachdem ein kleiner Einriss in den Darm entstanden war, aus dem sich Flüssigkeit entleerte, gelang nach Vernähung des Einrisses die Reposition. Die Wunde wurde geschlossen. Die Incarcerationserscheinungen bestanden fort und am anderen Morgen trat der Tod ein. Bei der Section zeigten sich alle Darmschlingen auf der rechten Körperhälfte roth imbibirt, ein mehrere Meter langes Stück des Dünn- und Dickdarmes war 1½ Mal um das Mesenterium gedreht. Ein Theil des gedrehten Dünn- und Dickdarmes, welcher besonders stark suggillirt war und die gut schliessende Naht an sich trug, war als das bei der Herniotomie reponirte Stück zu erkennen.

Herr Greiffenhagen berichtet über folgende Fälle:

a) Nephrolithiasis. 68-jähriger Mann, Nephrolithotomie mit Israels Sectionsschnitt, Heilung.

b) Sarcoma medullare renis sin. bei einem 38-jährigen Manne.

c) Pyonephrosis dext. bei einem 31-jährigen Mädchen, Exstirpation, Heilung.

Obige 3 Fälle sind veröffentlicht in № 5 1893 dieser Wochenschrift.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Ein Mittel um die Einführung grosser Quantitäten Milch zu erleichtern. Es kommt häufig vor, dass Kranke, welchen eine Milchkur verordnet worden ist, nicht die ihnen verordnete Tagesquantität von Milch vertragen können und dass die Milch bei ihnen ein lästiges Gefühl von Völle erzeugt, welches von Meteorismus des Darmes begleitet ist. In diesen Fällen rathet Dr. G. Thin-London eine Milch anzuwenden, deren Volumen durch langsames Eindampfenlassen über dem Feuer um die Hälfte oder nach Belieben vermindert worden ist. Zu diesem Zwecke erhitzt man die Milch zuerst schnell und dann, bevor sie ihren Siedepunkt erreicht hat, vermindert man die Flamme in der Weise, dass die Flüssigkeit fortfährt langsam zu verdampfen, ohne zu kochen. Gleichzeitig rührt man die Milch um, um die Sahne zu verhindern an die Oberfläche zu steigen und dort ein Häutchen zu bilden, welches der Verdampfung hinderlich sein könnte. Bei Auslöschen der Flamme wird solange weitergerührt, als die Milch sehr heiss bleibt. Durch dieses Verfahren kann man in einer halben Stunde ein Quantum Milch bis zur Hälfte eindicken. Die so gewonnene Flüssigkeit ist dickflüssiger als gewöhnliche Milch, ihr Geschmack ist keinesfalls unangenehm und sie wird vom Darm gut vertragen. Bevor man sie dem Kranken reicht, soll man nicht vergessen sie noch einmal umzurühren.

— Behandlung des Scharlachs mit Salol und Milchdiät. Dr. Quioc, Privatdocent in Dijon hat in 13 Fällen von Scarlatina ein Verfahren angewendet, welches bestand in Gargarismen mit Citronensaft und Carbollösung und der innerlichen Darreichung von Salol 0,5 bis 7,0 pro die, je nach dem Alter; ausserdem wurden die Patienten auf absoluter Milchdiät gehalten. Das Salol wurde in der Absicht gegeben,

Nephritiden und scarlatinösen Gelenkaffectionen vorzubeugen. Alle Patienten genasen ohne Complicationen; sie haben keine Albuminurie in der Desquamationsperiode gehabt, obgleich vier von ihnen solche im Beginn der Krankheit aufwiesen. Quioc schreibt dieses Resultat wenigstens zum grossen Theil dem Salol zu: In der That, er kennt eine Reihe von Fällen, wo Scharlachkranke in sorgfältigster Weise auf absolute Milchdiät gesetzt waren und wo die Albuminurie dennoch in der Desquamationsperiode auftrat. (La semaine medicale 1895).

Vermischtes.

— Am 25. März beging einer der bekanntesten und angesehensten Aerzte unserer Stadt, der frühere langjährige Director der Heilanstalt der Kaiserlichen Philanthropischen Gesellschaft und gegenwärtige Präses der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung, Dr. Alexander Ebermann, das 40-jährige Jubiläum seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit. Bei dieser Gelegenheit wurden dem Jubilar von einer grossen Zahl Deputationen verschiedener Gesellschaften und Institutionen Glückwünsche dargebracht. Die Deputirten der Russischen chirurgischen Gesellschaft zum Andenken an Pirogow, der Kaiserlichen Philanthropischen Gesellschaft, sowie des Unterstützungsvereins der St. Petersburger Handlungscommis überreichten ihm Adressen. Ausserdem liefen zahlreiche Glückwunschschreiben und Telegramme aus den verschiedensten Gegenden ein. Am nächsten Tage fand zu Ehren des Jubilars ein Diner im Aerzteclub statt, an welchem über 50 Personen sich betheiligten.

— Der medicinischen Facultät der Universität Jurjew (Dorpat) steht wiederum der Verlust einer bewährten Lehrkraft bevor. Wie die «Allg. med. Central-Ztg.» erfährt, soll die durch Prof. Schnabel's Berufung nach Wien erledigte Professur für Augenheilkunde an der deutschen Universität Prag dem Professor Dr. Raehlmann in Jurjew (Dorpat) übertragen werden. Prof. Raehlmann, ein geborener Westphale, war nach Absolvirung seiner medicinischen Studien in Halle mehrere Jahre Assistent. Prof. Alfred Graefe's und dann von 1875 an Privatdocent in Strassburg, von wo er im Jahre 1879 auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde in Dorpat berufen wurde. Raehlmann's Arbeiten betrafen in der ersten Zeit mehr die physiologische Optik, namentlich die Lehre von der Farbenempfindung, später mehr die praktische Augenheilkunde.

— Wie der «Rishski Westnik» erfährt, soll zum Nachfolger des als Professor an die Universität Tomsk übergeführten Docenten der Physiologie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. F. Krüger, der Moskauer Privatdocent Dr. Drushinin ernannt und zugleich diese Docentur in eine ausserordentliche Professur umgewandelt werden. (N. D. Ztg.)

— Am 29. März feierte der Arzt an der hiesigen Kaiserlichen Academie der Wissenschaften, Dr. Julius Veit sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Der Jubilar wurde am 29. März 1845 von der medicinischen Facultät der Universität Würzburg zum Doctor medicinae promovirt und siedelte bald darauf nach Russland über. Nach Absolvirung des Arztexamens an der medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg war V. anfangs Arzt an dem hiesigen Elisabeth-Kinderhospital, dann Landarzt im Gdowschen Kreise. Seit 1872 bekleidet er den Posten des Arztes bei der Academie der Wissenschaften.

— Uebergeführt. Der Oberarzt der Wohlthätigkeitsanstalten in Kursk, Collegienrath Dr. Krusenstern — als ausseretatmässiger älterer Beamter an's Medicinaldepartement.

— Verstorben: 1) In Prag der ehemalige Professor der Physiologie an der Kiewer Universität. Dr. med. et chirurg. Woldemar Tomsa, welcher im letzten Jahrzehnt den Lehrstuhl der Physiologie an der tschechischen Universität in Prag inne hatte. Der Hingeschiedene war in Prag im Jahre 1831 geboren und hatte auch dort seine medicinische Ausbildung erhalten. Nach Absolvirung seiner Studien fungirte T. von 1854—59 als Prosector der Anatomie in Prag, darauf als Assistent des berühmten Physiologen Ludwig in Wien, nach dessen Berufung an die Leipziger Universität Tomsa die Professur der Physiologie am Josephinum in Wien erhielt. Von dort wurde er im Jahre 1865 nach Russland berufen und wirkte hier als Professor der Physiologie an der Kiewer Universität bis zum Jahre 1883, in welchem er einem Rufe auf den Lehrstuhl der Physiologie an der tschechischen Universität Prag folgte, den er bis zu seinem Lebensende inne hatte. 2) Am 12. März in Tiflis der dortige Stadtarzt Dr. G. Rudkowski im 48. Lebensjahre an einem organischen Herzfehler. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität im Jahre 1874 war R. successive jüngerer Ordinator am Hospital in Tiflis, Kreisarzt des Eriwanschen Kreises und zuletzt Stadtarzt von Tiflis. Nebenbei bekleidete er auch den Posten des Arztes an der örtlichen Realschule. 3) In Ostaschkow (Gouv. Twer) der Landschaftsarzt Dr. F. N. Kokorin im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene hatte zuerst Jurisprudenz studirt und widmete sich als Candidat juris dem Studium der Medicin anfangs in Moskau, dann an der medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg, an welcher er im Jahre 1874 den Arztgrad und 1884 die Doctorwürde erlangte. Seine practische Thätigkeit begann er am Stadthospital in Irkutsk, siedelte aber bald nach St. Petersburg über, wo er als Arzt an der Entbindungsanstalt und bei der Gemeinschaft barmherziger Schwestern Mariae Schutz fungirte. Die letzten 6 Jahre leitete er das Landschaftshospital in Ostaschkow. Der Verstorbene zeichnete sich durch vielseitige Bildung und grosse Belesenheit aus. 4) In London am 5. März der berühmte Psychiater Dr. D. Hack Tuke an Apoplexie im 68. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war Arzt an verschiedenen Irrenanstalten, Docent und Herausgeber des «Journal of Mental Science» und galt in Fragen der forensischen Psychiatrie als erste Autorität in England.

— Professor Dr. Zenker (Pathologe) in Erlangen beging am 31. März seinen 70. Geburtstag. Von seinen Schülern wurde ihm eine Festschrift dargebracht.

— Prof. Dr. Edwin Klebs, zuletzt Professor der pathologischen Anatomie in Zürich, siedelt nach Amerika über. Er geht nach Asheville in Nord-Carolina, um dort gemeinsam mit Dr. Carl v. Ruck die Leitung einer grossen Heilanstalt, des Winyah-Sanatoriums, zu übernehmen. Die Heilanstalt wird verbunden werden mit einem Laboratorium zur Herstellung von Heilstoffen bacterieller Natur nach Art des Diphtherie-Heilserums und des Tuberculins, mit welchem sich Klebs bekanntlich viel beschäftigt hat. (A. m. C.-Ztg.)

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat einen Concurs zur Bewerbung um die Prämie des verstorbenen Academikers Dr. Busch ausgeschrieben. Am Concurse können sich alle Aerzte, welche dem russischen Unterthanenverbande angehören, mit Ausschluss der Mitglieder der Conferenz der mil.-med. Academie, betheiligen. Zur Bewerbung um die Prämie werden nur Originalarbeiten auf dem Gebiete der Chirurgie zugelassen, welche in russischer Sprache abgefasst sein müssen. Der Betrag der Prämie beziffert sich auf 5800 Rbl. Die Prämie gelangt, dem Werthe der Concursarbeiten entsprechend, entweder im vollen Betrage oder nach dem Ermessen der Conferenz an mehrere Concurrenten zur Vertheilung, wobei das Maximum der Prämie 2000 Rbl. nicht überschreiten und das Minimum nicht unter 800 Rbl. betragen darf. Der Termin zur Einreichung der Concursarbeiten läuft am 1. September 1897 ab.

— Interessante Versuche hat, wie die «Pest. med. chirurg. Presse» mittheilt, Dr. Bertin in Nantes mit dem Blutserum gesunder Thiere angestellt. Von der Voraussetzung ausgehend, dass auch das Serum gesunder, natürlich immuner (nicht künstlich immunisirter) Thiere ebenfalls Heilwirkung besitzen müsse, hat Dr. Bertin, in Ermangelung des käuflichen Diphtherieheilserums, in einigen Diphtheriefällen Blutserum gesunder Pferde angewendet. Auf Grund seiner Beobachtungen behauptet nun Bertin, dass bei reinen, nicht complicirten Diphtheriefällen dieses Serum ebenso rasch wirkte, wie das Roux'sche Er machte zugleich bei seinen Experimenten an verschiedenen Thieren die Bemerkung, dass die Wirksamkeit des Serums mit der Häufigkeit der Blutentziehungen abnimmt.

— Die Choleraepidemie ist jetzt im ganzen russischen Reiche mit Ausnahme zweier Gouvernements (Wolhynien und Podolien) erloschen.

In Constantinopel sind in der Zeit vom 8.—14. März an der Cholera 9 Personen erkrankt und 7 gestorben. Die Gesammtzahl der Erkrankten seit dem Beginn der Epidemie (2. November) beträgt 226, von denen 176 gestorben sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. März d. J. 6879 (238 weniger als in d. Vorwoche), darunter 293 Typhus — (26 mehr), 762 Syphilis — (12 weniger), 98 Scharlach — (11 weniger), 37 Diphtherie — (9 mehr), 31 Masern — (= Vorw. und 26 Pockenkranke (1 mehr).

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Tscherepowez (Gouv. Nowgorod). Wohnsitz im Kirchdorfe Ust-Ugolskoje, 40 Werst von der Stadt entfernt. Gehalt 1200 R. jährl. Adresse: «Череповецкая Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle in der Stadt Ustjushna (Gouv. Nowgorod). Gehalt 1200 R. jährl. Adresse: «Устюженская Земская Управа».

3) Drei Landschaftsarztstellen im Kreise Menselinsk (Gouv. Ufa): 1) im Hakelwerk Sainsk. Gehalt 1350 Rbl. 2) im Kirchdorfe Karamaly. Gehalt 1200 Rbl. nebst freier Wohnung; 3) im Kirchdorfe Kusaikino. Gehalt 1200 Rbl. und freie Wohnung. Die Meldung geschieht bei der «Мензелинская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. März 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
396	309	705	144	65	96	11	4	28	65	77	61	50	54	35	14	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 17, Diphtherie 7, Croup 2, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 122, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 61, Todtgeborene 41.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. April 1895.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. April 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17, кварт. 19.

Amalie Born, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанк № 137, кв. 119.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.

Sophie Jordan, B. O., 10 лин. д. 11, кв. 9,

Marie Mohl. B. O. 1. л. д. 44 кв. 3. 16 л. д. № 17.

Дозв. ценз. Спб. 30 Марта 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, 8. (20.) April **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: IV. Eine Influenzadiagnose. Klinische Mittheilungen aus dem Peter-Paulhospital. — **Referate:** Prof. Monti (Wien): Ueber Veränderungen der Blutdichte bei Kindern. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** P. Strassmann: Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe. — W. Schrader: Woher der therapeutische Misserfolg der Antisepsis beim Puerperalfieber. — G. Leopold: Typische Wochenbettscurven. — **Auszug aus den Protokollen des Aerzte-Vereins zu Reval.** — **Vermischtes.** — **Vacanzen.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Klinische Mittheilungen
aus dem Peter-Paulhospital

Von

Dr. med. A. Högerstedt.

IV. Eine Influenzadiagnose.

Am Morgen des 28. November 1894 wurde ich während der Visitation in der mir unterstellten Abtheilung an das Bett eines soeben eingebrachten Kranken geführt, welcher auf dem Bettrande sitzend, Erscheinungen starker Athemnoth darbot.

Die orientirende Voruntersuchung ergab: Körpertemperatur 38,3. Puls 124, regelmässig, niedrig. Arterien schwach gespannt. Beschleunigte, dyspnoïsche Athmung mit verlängertem Exspirium. Weissliches zähschleimiges Sputum. Leicht belegte Stimme. Klares Bewusstsein. Haut und Schleimhäute des kräftigen Mannes bleich. Extremitäten wenig cyanotisch. Sclerae deutlich icterisch. Weder Exanthem noch Oedem. Harn von normaler Farbe, sp. Gew. 1017, Albumenfrei.

Der 51-jährige Kranke, seines Zeichens Grobschmied, war bis zum 24. Nov. angeblich gesund. An jenem Tage hatte er eine Erkältung verspürt, als er in der Schmiede zwischen 3 geöffneten Thüren arbeitend sich dem Zugwinde aussetzte. Bald stellten sich Schmerzen im Rücken und in der linken Seite, Schnupfen, allgemeines Unbehagen und Appetitverlust ein, — gegen Abend Schüttelfrost mit nachfolgendem Hitzegefühl, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit. Husten, Vermehrung und Verbreitung der Schmerzen im Rücken und der Seite und Beklemmungsgefühl. Uebelkeit und Schwindel waren weder zu Anfang der Krankheit noch später vorhanden. Am Morgen des 25. November erfolgte der letzte, übrigens nur spärliche Stuhl. Seitdem hatte der Unterleib immer mehr an Umfang zugenommen, und die Schmerzen in der linken Seite und im Rücken sowie die Athemnoth hatten sich stetig verstärkt.

Der Kranke gab an in guten Verhältnissen gelebt und Schnaps für gewöhnlich in nicht übermässigen Mengen (?) getrunken zu haben. Stuhlträgheit und Hämorrhoïden hatten sich in letzter Zeit mehrfach bemerkbar gemacht.

Status präsens. Beim Aufstehen stützt sich Pat. mit beiden Händen auf den Bettrand, beugt den Oberkörper stark vor und richtet sich aus dieser Haltung ganz allmälig auf. Dabei lebhafte Schmerzen im Kreuz, in der linken Seite und im Epigastrium. Nun erst fällt die beträchtliche Vorwölbung des Bauches auf. Die Lordose der Lendenwirbelsäule ist mehr als gewöhnlich ausgeprägt, Nacken und Kopf sind dementsprechend stärker vorgebeugt. Pat. hält sich fest auf den Füssen, ist aber in der Richtung von vorne nach hinten mit Leichtigkeit aus dem Gleichgewicht zu bringen. Beim Einnehmen der Rückenlage fällt Pat. aus der sitzenden Haltung plötzlich machtlos in die Kissen zurück. Zur sitzenden Haltung vermag sich der Kranke nur wieder aufzurichten, nachdem er sich behutsam und mit grosser Mühe auf die rechte Körperseite gerollt hat. Hierbei bemerkt man beträchtliche Diastase der geraden Bauchmuskeln. Alle diese Bewegungen steigern die obengenannten Schmerzen und die Athemnoth.

Ascites ist nicht vorhanden. Die Umfangzunahme des Unterleibes ist durch Meteorismus bedingt. In der Ileo-coecalgegend tiefer, lauter tympanitischer Schall. Ueber den übrigen Partien des Abdomen ist der Schall heller, über dem S romanum dagegen gedämpft. Oberhalb des Nabels, zwischen den Rectusmuskeln, ist lebhafte Dünndarmperistaltik sichtbar. Die Palpation der oberen Drittel beider geraden Bauchmuskeln ist sehr schmerzhaft, im Uebrigen ist dagegen das Abdomen nicht druckempfindlich und relativ weich. Irgend eine abnorme Resistenz oder gar ein Tumor sind nirgends fühlbar. Milzvergrösserung nicht nachweisbar. Leberdämpfung etwas höher stehend als es den Lungenverhältnissen des Kranken entsprechen würde. Leberrand nicht fühlbar. Das Epigastrium wölbt sich während des Exspirium vor und wird während des Inspirium eingezogen. Das Litten'sche Zwerchfellphänomen ist weder rechts noch links wahrnehmbar.

Der Brustkorb, in seinem sagittalen Durchmesser vergrössert, dem Alter des Kranken entsprechend starr, vermag sich inspiratorisch nur wenig zu erweitern. In Folge dessen vermehrte Inanspruchnahme der respiratorischen Hilfsmuskeln. Herzspitzenstoss weder sicht- noch fühlbar. Lungen stark emphysematös. Absolute Herzdämpfung trotzdem nicht kleiner als normal. Lungenschall sonor, hinten unten beiderseits dagegen deutlich gedämpft. Neben dem für Lungenemphysem höheren Grades typischen Athmen hört man über beiden Lungen überall Ronchi. Hinten unten sind das Athmungsgeräusch und der Pectoralfremitus beiderseits abgeschwächt; dabei hört man rechts zähes grob- und mittelblasiges klangloses Rasseln, aber weder hier noch links Bronchialathmen und pleuritisches Reiben. Die Herztöne sind rein, etwas abgeschwächt. Weder über dem Herzen noch in dessen Nachbarschaft sind Reibegeräusche wahrnehmbar — auch nicht beim Lagewechsel des Kranken. Die Palpation des Quadratus lumborum, Latissimus dorsi, Serratus anticus major und der Pectoralmuskeln der linken Körperseite ist recht schmerzhaft.

Pat. macht im Allgemeinen den Eindruck eines Schwerkranken, bietet aber durchaus keine Anhaltspunkte für eine An-

nahme unmittelbar bevorstehender Gefahr. Sensorium vollkommen frei. Keine Nackensteifigkeit. Pupillenreaction normal. Sprache unbehindert.

Ich will nun gleich den diagnostischen Gedankengang wiederholen, welchen ich damals am Krankenbette meinem jüngeren Collegen zu entwickeln bemüht war.

Der im Anschluss an eine evidente Erkältung plötzlich erfolgte Ausbruch mit Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerz, und Abgeschlagenheit wies auf eine acute Infectionskrankheit hin. Der Husten und die Schmerzen im Rücken liessen von vorne herein an die Lungen als an den Ausgangspunkt dieser Infection denken. Andrerseits lag es nahe die in verschiedenen Muskelgruppen beobachteten Störungen als integrirende Theilerscheinung diesem Rahmen einzufügen. Denn es war ohne Weiteres klar, dass die hartnäckige Verstopfung nur als secundäre, von der Paralyse des Zwerchfells und der Parese der geraden Bauchmuskeln abhängige Erscheinung zu betrachten war. Den Entstehungsmodus dieser theils completen Lähmungen war die grosse Schmerzhaftigkeit der offenbar gleichzeitig ergriffenen, der Palpation mehr zugänglichen Muskeln des Rückens in etwas zu erklären geeignet. Schwere Formen der sogenannten Lumbago geben ja ganz ähnliche Bilder. Es war aber auffallend, dass das Zwerchfell in toto ausser Function gesetzt war, und nicht nur seine linke, der mehr afficirten Seite entsprechende Hälfte. Man war also genöthigt, das Zwerchfell gegenüber den weniger betroffenen Muskeln der linken Körperseite als den nächstgelegenen Angriffspunkt der durch die Infection verursachten Schädigungen zu betrachten. Für diese Auffassung sprach auch die grosse Druckempfindlichkeit der oberen Partieen beider Rectusmuskeln. Den Ursprung der Krankheit in der Abdominalhöhle vermuthen zu wollen lag, wie gesagt, absolut kein Grund vor. Von Ileus, Peritonitis konnte gar keine Rede sein. Man hätte allenfalls an subphrenischen Abscess denken können, aber von wo aus hätte sich ein solcher wohl entwickeln sollen? So befestigte sich unsere Meinung, dass die Lungen- und Muskelsymptome als etwas Zusammengehöriges anzusehen seien. Es war also nur eine Forderung logischer Consequenz, wenn wir den Sitz der primären Krankheitsvorgänge, welche die das Krankheitsbild beherrschende Paralyse des Zwerchfells herbeigeführt hatten, in supraphrenischen Gebieten zu finden erwarteten.

Wir befanden uns am 5. Tage einer plötzlich entstandenen fieberhaften Krankheit. An die Möglichkeit einer acuten Exacerbation irgend welcher alten, bis dahin schleichend verlaufenen Lungenkrankheit konnte nicht wohl gedacht werden. Sicherere Garantien als die Aussage des Mannes boten nach dieser Richtung der günstige Ernährungszustand, noch mehr aber das mit schwerer Körperarbeit verbundene und anstandslos bewältigte Metier des Kranken. Man war also genöthigt, an frisch entstandene Veränderungen zu denken, welche entweder beide Nervi phrenici in Mitleidenschaft gezogen oder das Zwerchfell auf myopathischem Wege gelähmt hatten. Wir suchten zunächst nach Beweisen für das Vorhandensein einer acuten, exsudativen Pericarditis. Die hierauf gerichtete Untersuchung gab ein negatives Resultat. Mit Sicherheit die Gegenwart eines pericarditischen Exsudats bei der ersten Untersuchung, zumal wenn starkes Emphysem vorhanden ist, ausschliessen zu wollen, halte aber auch ich für diagnostischen Leichtsinn. Die relativ grosse Herzdämpfungsfigur (Mitte des Sternum, 3. Rippenknorpel, Mammillarlinie), die Unfühlbarkeit des Spitzenstosses, die Dumpfheit der Herztöne, die grosse Frequenz des Pulses waren zudem Symptome, welche nicht über diesen Verdacht leicht weggehen liessen. Ich bin sogar sicher, dass die Auffindung eines auch noch so unbedeutenden Reibegeräusches mich sofort zur Diagnose einer acuten Pericarditis veranlasst hätte. Es wäre ja sehr verlockend gewesen, eine solche Pericarditis mit einer centralen oder einer erst in der Heranbildung begriffenen croupösen Pneumonie in Zusammenhang bringen zu können, m. a. W. eine jener Complicationen vor sich zu haben, deren aetiologische Herkunft aus gleicher Quelle seinerzeit durch Weichselbaum's Untersuchungen (Ueber seltenere Localisationen des pneumonischen Virus.» Wien. klin. Wochenschr. 1888, Nr. 28—32) bacteriologisch erwiesen worden ist. Freilich hätte nur eine eitrige Pericarditis zu entsprechenden Veränderungen der pericardialen Pleurablätter und damit zur Degeneration beider zwischengelagerter Nervi phrenici führen können. Im Hinblick auf eine solche Betheiligung der in Rede stehenden Pleuragebiete gewann die relative Vergrösserung der Herzdämpfung immer mehr an Bedeutung. Aber die von diesem Gesichtspunkte aus erhobene sorgfältige Untersuchung der vorderen Lungenpartieen ergab gleichfalls keinen stützenden Beweis. Die Unverschiebbarkeit der vorderen Lungenränder während verschiedener Respirationsphasen konnte angesichts des Emphysems und der Zwerchfellparalyse diagnostisch nicht verwerthet werden. Pleurareiben war auch hier nicht zu hören.

Es blieb also nur übrig, sich auf den um Weniges ergiebigeren Befund an den hinteren unteren Lungenpartieen zu stützen. Die Rasselgeräusche im unteren rechten Lungenlappen sprachen für das Vorhandensein lobulärer pneumonischer Herde. Die auffallende Abschwächung des Percussionsschalles, des Athmungsgeräusches und des Stimmfremitus auf beiden Seiten deuteten wohl auf doppelseitige exsudative Pleuritis, gestatteten aber für sich allein keineswegs eine sichere Diagnose. Die Probepunction wurde an jenem Morgen nicht ausgeführt. Ich konnte also die klinische Diagnose nur in folgender Weise résumiren: Acute Infectionskrankheit mit doppelseitiger vorwiegend supraphrenischer Localisation. Lähmung des Zwerchfells, wahrscheinlich auf myopathischer Grundlage. Lungenemphysem. Diffuse Bronchitis. Catarrhalische Pneumonie im rechten Unterlappen. Zu fahnden war während der nächsten Zukunft auf doppelseitige Pleuritis (diaphragmatica), eitrige Pericarditis, in letzter Linie auf croupöse Pneumonie. Aetiologisch war der Fall, wenn demnächst nicht ganz sichere Anzeichen croupöser Pneumonie auftreten würden, auf Grund seines bis dahin festgestellten Krankheitsverlaufes als Influenza gravis acutissima zu deuten. Sputumuntersuchungen würden hierüber Klarheit zu schaffen gehabt haben.

Die Diaphragmalähmung und die abnehmende Herzkraft sprachen für einen ungünstigen Ausgang. Dieser erfolgte noch schneller als wir hatten voraussehen können. Gegen Mittag war nach Clysma eine gründliche Ausleerung erfolgt. Die Athemnoth hatte aber trotzdem zugenommen, und ganz unvermittelt war um 3 Uhr Nachm. unter Steigerung der Cyanose Bewusstseinsverlust erfolgt. Die Temp. war um 4 Uhr NM. 39,9 um 8 Uhr A. 39,7 und um 12 Uhr N. 39,8. Rapides Sinken der Herzkraft. Kein Brechen. Keine Convulsionen. Exitus letalis am 29. Nov. 2 Uhr N., am 6. Krankheitstage.

Section 29. Nov. (Dr. Jalan de la Croix).

Leiche eines kräftig gebauten, gutgenährten Mannes. Die Haut des Gesichts, besonders der Ohren stark cyanotisch. Kein Oedem. Sclerae ziemlich stark icterisch. Abdomen stark aufgetrieben; Umfang in der Höhe des Nabels 1 Meter.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle lagern vor stark geblähte Dünndarmschlingen, das Coecum, das Colon transversum und ein Theil der weniger gespannten Flexura sigmoïdea. Die Leber überragt nicht den Rippenbogen. Milz nicht sichtbar. Peritoneum überall glatt, spiegelnd. Die tiefer gelegenen Darmschlingen wenig cyanotisch, nirgends injicirt. Kein Volvulus. Nur im Colon descendens und im unteren Theil der Flexur befindet sich flüssiger Darminhalt. Kuppe des Zwerchfells in der Mammillarlinie rechts am oberen, links am unteren Rande der 5. Rippe. Im Bauch- und Beckenraum keine freie Flüssigkeit.

Nach Hinwegnahme des Brustbeins und der Rippenknorpel gewahrt man, dass das Pericardium parietale beiderseits zum

grossen Theil von dicken fibrinös-eitrigen Ablagerungen überdeckt ist, welche beim Oeffnen der Brusthöhle durch Abtrennung eines Theils der linken sowol als auch der rechten Pleura costalis freigelegt sind. Beim vorsichtigen Präpariren lässt sich constatiren, dass diese über 1 Cm. dicken Ablagerungen sich beiderseits zwischen Pleura mediastinalis und Pleura pulmonalis in die Tiefe erstrecken und beide Pleurablätter vollständig zur Verklebung gebracht haben. Links ist die Umschlagsfalte der Pleura costalis zur Pl. pericardialis s. mediastinalis in einer den im Leben gefundenen Herzdämpfungsgrenzen entsprechenden Ausdehnung mit fibrinös-eitrigen Gerinnseln gefüllt. Im übrigen erweist sich die Pleura pulmonalis mit der Pleura costalis in ihrer ganzen Ausdehnung über beiden Lungen durch frische fibrinöse, weiter nach unten fibrinös-eitrige, an Mächtigkeit zunehmende Gerinnungen verklebt. Beim Trennen der Pleurablätter findet man links mediauwärts in der Tiefe über dem Zwerchfell 1½ Pfd. serös-eitrigen Exsudats. Nach Herausnahme der Lungen sieht man auf der gesammten, dem Diaphragma zugekehrten Pleurafläche beider Lungen fibrinöse, mehr eitrige Schwarten von 1½ Cm. Dicke, welche bis auf den links gefundenen Erguss gleichfalls zu fester Verklebung mit der Pleura diaphragmatica geführt haben.

Beide Lungen sehr voluminös, stark emphysematös, oedematös und blutreich. Gewebe und Schleimhaut der Bronchen intensiv dunkelroth. In beiden Unterlappen, besonders im rechten, mehrere frische catarrhalisch-pneumonische Heerde. Hier sind die Pleuren beträchtlich injicirt und ekchymosirt. Herzbeutel leer. Herz beträchtlich vergrössert. Epicard fettreich. Hypertrophie und geringe Dilatation beider Ventrikel. Endocard normal. Auf dem Nodulus Arantii der mittleren Aortenklappe ganz kleine, frische Vegetationen. Herzfleisch dunkelbraun. Aorta ascendens leicht erweitert mit Anzeichen gering entwickelter atheromatöser Degeneration. Oesophagus normal. Die Knorpel des Kehlkopfes und der Trachea grösstentheils verknöchert.

Milz stark vergrössert und verdickt (12,5—8,5—4.7). Consistenz vermehrt. Kapsel beträchtlich verdickt. Pulpa dunkelbraunroth, sehr zerreisslich. Trabekeln stark verdickt. Leber gleichfalls vergrössert und verdickt (27—21,5—18—18,5), mit ausgesprochen höckeriger Oberfläche Gewebe auf der Schnittfläche grau mit sehr starker Entwickelung des Bindegewebes. Galle gelbbraun. Beide Nieren beträchtlich vergrössert (14—6,5—4.5). Kapseln wenig adhärent. Oberfläche anscheinend leicht granulirt. Rindenzone nicht verschmälert, enthält reichlich Cysten bis zu Stecknadelkopfgrösse. Das Nierenparenchym, insbesondere die Pyramiden, stark cyanotisch. Nierenkelche normal. — Harnblase dilatirt, von durchsichtigem Harn erfüllt. Die Blasenwandung beträchtlich hypertrophirt. Prostata wenig vergrössert. — Magen erweitert, trotzdem von genügender Faltung. Schleimhaut cyanotisch. Pancreas normal.

Schädel von normaler Dicke. Nähte vollständig verwachsen. Dura mater frei, deutlich verdickt. Sämmtliche Sinus von theils weichen Gerinseln, theils flüssigem Blut erfüllt. In den hinteren Schädelgruben Ansammlung seröser, gelblich gefärbter Flüssigkeit. Die Subarachnoidalräume und die Pia mater an der Convexität sowohl als auch an der Gehirnbasis und längst der Medulla oblongata abwärts von einer gelblich-gefärbten serös eitrigen Flüssigkeit infiltrirt. Seitenventrikel leicht erweitert, enthalten gleichfalls eine getrübte, mehr seröse Flüssigkeit. Gehirnsubstanz beträchtlich weicher als normal, auf Durchschnitten fettglänzend, mit relativ wenig Blutpunkten versehen. Die graue Substanz der Centralganglien beträchtlich getrübt. Eine Herderkrankung nirgends nachweisbar.

Die von Dr. de la Croix ausgeführte bacteriologische Untersuchung des Bronchialsecrets, der Pleura- und Meningealexsudationen ergab in allen untersuchten Producten nahezu Reinculturen des Pfeiffer'schen Influenzabacillus. Der Fränkel'sche Diplococcus, auf den besonders im Meningealexsudat gefahndet wurde, wurde nicht gefunden.

Anatomische Diagnose: Influenza acutissima. Pleuritis exsudativa duplex, praecipue sinistra. Meningitis cerebrospinalis suppurativa. Emphysema pulmonum. Atheromatosis Aortae. Endocarditis vegetativa. Cirrhosis hepatis hypertrophica. Cyanosis renum hypostatica. Sclerosis cranii. Oedema cerebri.

Zu den Influenzacomplicationen stellt neben der Pneumonie das nächstgrösste Contingent die Pleuritis (Vergl. «Die Influenzaepidemie 1889—90.» Sammelwerk herausgegeben von Leyden und S. Guttmann. Wiesbaden 1891 und die preisgekrönte Monographie Ruhemann's «Die Influenza im Winter 1889—90». Leipzig 1891.) Relativ häufig ist diese von Fürbringer «metapneumonisch» genannte Pleuritis durch ein sehr fibrinreiches, seropurulentes «lehmwasserähnliches» oder, wie Leichtenstern sagt, «weincrêmeartiges Exsudat» ausgezeichnet. Die Mehrzahl solcher in aller Herren Ländern, wie es scheint, annähernd gleich häufig angetroffener Empyeme wurde im Anschluss an vorangegangene pneumonische Complicationen beobachtet und bacteriologisch auf secundäre Streptococceninfection zurückgeführt. Hierfür findet man Belege in den Publicationen von Kundra («Anatomische Befunde während der Influenzaepidemie 1890» Wien. klin. Wochenschr. 1890 Nr. 8), Krannhals («Die Influenzaepidemie des Winters 1889—90 in Riga» St. Petersburg 1891). Althaus («Influenza». London 1892), Engel-Bey («Die Influenzaepidemie in Aegypten im Winter 1889—90 und 91—92». Berlin) und Albu («Zur Kenntniss der Influenzapneumonie». Deutsch. med. Wochenschr. 1894 Nr. 7). Sehr interessante Einzelbeobachtungen verdanken wir Kahler («Ueber schwere Lungen- und Pleuraerkrankungen bei der Influenza». Wien. klin. Wochenschr. 1890 Nr. 9) und Mosler («Zur Kenntniss der in Greifswald beobachteten Fälle von Influenza.» Deutsch. med. Wochenschr. 1890 Nr. 8). Ich selbst verfüge über einen Fall aus der Privatpraxis, über den ich hier kurz berichten möchte.

Herr S., 50 Jahre alt, erkrankte im Januar 1893 an Influenza, welcher sich Bronchopneumonie hinzugesellte. Im Lauf der zweiten Krankheitswoche Auftreten ausgesprochener Dämpfung r. h. u. bis zum Scapularwinkel, Abschwächung des Athmungsgeräusches und des Pectoralfremitus. Mehrere Probepunctionen negativ. Im Sputum viel Pfeiffer'sche Influenzabacillen. Den ganzen Februar und März hindurch springendes Fieber, steigende Kräfteabnahme, starke Expectoration. Allmälig deutlicher werdendes Bronchialathmen r. o. h. Dr. Wanach, den ich Ende März consultirte, punctirte mit langer Nadel an 5 verschiedenen Stellen gleichfalls ohne Resultat. Beim Einstechen hatte man das Gefühl, wie wenn die Nadel durch dicke Schwarten hindurchmüsse. Auch später wiederholte Sputumuntersuchungen förderten nichts Neues zu Tage. Das Fieber und der Kräfteverlust dauerten fort. Zu Punctionen war der Kranke nicht mehr zu bewegen. Anfang Mai wurde Pat. nach Berlin gebracht. Prof. Senator, an den ich den Kranken gewiesen hatte, punctirte und stiess sofort auf den von uns vergeblich gesuchten Eiter. Darauf operative Entleerung des Eiters durch Sonnenburg. Bald danach Hinzutreten von Tuberculose — im Herbst 1893 exitus letalis.

Sitzt das Empyem von Schwarten überdeckt zwischen Lungenbasis und Diaphragma, so ist es der Punction von Hause aus wenig zugänglich. Auch Chauffard («Pleurésie purulente diaphragmatique d'origine grippale. Guérison par vomique. Mercredi méd. 1890 Nr. 24) konnte unter solchen Verhältnissen trotz sicherer Diagnose durch die Punction zu keinem Resultate kommen.

Dass das Influenzaempyem zu den schwersten Complicationen zu rechnen ist, beweist der Vogl'sche Influenzabericht aus dem Münchener Garnisonlazareth (München. med. Wochenschr. 1890 Nr. 23—25), laut welchem bei 8 Todesfällen 4 mal die Todesursache durch Empyem gegeben war.

Wenn ich nun nochmals auf den Pleurabefund unseres Falles zurückkomme, so möchte ich vor Allem auf die beispiellos acute Entwickelung desselben hinweisen. Soweit ich die umfängliche Influenzalitteratur durchblättert habe, bin ich auf keinen ähnlichen Fall gestossen. Vom ätiologischen Gesichtspunkt aus erachte ich die Doppelseitigkeit der Erscheinungen als besondere Eigenthümlichkeit der Influenzainfection. Nach Pfeiffer's Untersuchungen spielt sich der Process, ehe er auf den Bronchialbaum übergreift, im Nasenraum ab. Hierfür ist neuerdings von bacteriologischer Seite eine Stütze erbracht worden. In einer Reihe von ganz frischen Fällen, mit geringem zähem Sputum, gelang Huber («Ueber den Influenzabacillus». Zeitschr. f. Hygiene Bd. XV.), welcher die Arbeiten Pfeiffer's und Weichselbaum's in allen Puncten bestätigen konnte, der Nachweis der Influenzabacillen in diesem nicht. Aus dem erysipelähnlichen Fortwandern der Infection erklärt sich das später erfol-

gende Uebergreifen des Processes mehr oder weniger gleichwerthig auf beide Lungen resp. beide Pleuren.

Die bei unserem Kranken offenbar erst in den letzten Lebensstunden zur Ausbildung gelangte Leptomeningitis cerebrospinalis gripposa vervollständigt unser Verständniss für die stürmische Acuität der Infectionsvorgänge. Der unvermittelte Bewusstseinsverlust und das schnell erfolgte Ende hatten so eine unerwartete Erklärung gefunden. Schon in dem über die Influenzaepidemie von 1889—90 handelnden Sammelwerk ist die Meningitis cerebrospinalis als besonders schwere Complication genannt. (Vergl. Kundrat l. c.). Beim Wiederaufflackern der Seuche im Winter 1891 machte Renvers in Berlin gleich zu Anfang auf den verschärften Charakter der Erkrankungen aufmerksam, welcher sich durch schwere Meningeal- und Cerebralcomplicationen zu erkennen gab. Des Weiteren wurden Belege hierfür durch die Beobachtungen von Erlenmeyer, Eichhorst, Leichtenstern und Andere erbracht. Bekannt sind die sechs Fälle Fürbringer's («Zur Kenntniss schwerer organischer Hirnleiden im Gefolge von Influenza». Deutsche medicin. Wochenschr. 1892 Nr. 3), von denen zwei bei der Section eitrige Meningitiden aufwiesen. In den von Baginsky besprochenen zwei Fällen von haemorrhagischer Encephalitis (Deutsche med. Wochenschr. 1893 Nr. 23) wurden Influenzabacillen nicht gefunden, obwohl doppelseitige, anatomisch wohl charakterisirte Influenzapneumonie vorhanden war.

Ob es sich in unserem Falle um eine Infection auf dem von Canon gefundenen Wege durch die Blutbahn gehandelt habe, lasse ich dahingestellt, möglich wäre ja auch eine Weiterverbreitung per continuitatem, durch die Stirnhöhle hindurch gewesen. Sicher ist, dass die Gegenwart des Influenzabacillus im meningitischen Exsudat und die Abwesenheit des Fränkel'schen Diplococcus jegliche Verwandschaft mit der sogenannten epidemischen Cerebrospinalmeningitis ausschlossen. Es mag hier übrigens Erwähnung finden, dass nach Boeri («Contributio allo studio della meningite cerebrospinale epidemica» Rivista clin. e. terap. 1893 Sept.) die epidemische cerebrospinale Meningitis nicht nur, wie bisher allgemein angenommen wurde, durch den Fränkel'schen, sondern auch durch den Friedländer'schen Diplococcus resp. durch eine Mischinfection desselben, mit dem Streptococcus hervorgerufen sein könne.

St. Petersburg, Dec. 1894.

Referate.

Prof. Monti (Wien): Ueber Veränderungen der Blutdichte bei Kindern. (Archiv für Kinderheilkunde. Band XVIII, Heft III.)

Nach der bekannten Hammerschlag'schen Methode hat Verfasser in einer grossen Reihe von Krankheiten Bestimmungen des specifischen Gewichts und des Haemoglobingehalts des Blutes ausgeführt. Seine Resultate sind recht interessant und können wohl praktische Verwendung finden. Dreierlei Veränderungen beobachtet man im Verlauf von Erkrankungen. 1) Steigerung der Blutdichte 2) Verminderung der Blutdichte 3) Störung des Parallelismus zwischen den Werthen der Blutdichte und jenen des Haemoglobingehaltes des Blutes. Ad 1. Eine Steigerung des specifischen Gewichtes beobachtet man bei vielen fieberhaften Krankheiten. Bei der genuinen Pneumonie steigt das spec. Gewicht während der Zunahme und Ausbreitung der Pneumonie; in denjenigen Fällen, in welchen die Krankheit sich rapid über grosse Partien der Lungen ausbreitet, steigt das spec. Gewicht des Blutes rascher, als in Fällen, in denen die Ausbreitung der Erkrankung langsam vor sich geht; so sah Monti in einem Falle das spec. Gewicht während des rapiden Umsichgreifens der Pneumonie von 1,056 am ersten Beobachtungstage auf 1,059 in den folgenden Tagen steigen, in einem zweiten Falle von 1,056 auf 1,064. Das specifische Gewicht beginnt zu sinken zu einer Zeit, wo der kritische Abfall der Temperatur und die localen Erscheinungen der Lösung noch nicht wahrzunehmen sind; mit dem Eintritt der Lösung sinkt die Dichte constant; Verf. hält dieses Verhalten für prognostisch wichtig, man ist im Stande den baldigen Eintritt der Lösung vorherzusagen. In denjenigen Fällen, wo die Lösung rasch und kritisch vor sich geht, erfolgt der Abfall des spec. Gewichtes rasch, während in Fällen lytischer Lösung das Sinken der Blutdichte nur langsam und allmählich geschieht. Stellen sich nach eingetretener Lösung abendliche Fieberexacerbationen ein, so beobachtet man eine neue Steigerung der Blutdichte, die nach dem Schwinden der Fieberattaque aufhört. Solche Schwankungen des spec. Gewichts des Blutes sind nach Verf. stets ein Zeichen, dass die Pneumonie einen langwierigen Verlauf nehmen wird. Auch bei Febris intermittens beobachtete Verf. bereits im Froststadium eine Erhöhung der Blutdichte, letztere nimmt in der Hitzeperiode noch weiter zu (bis auf 1,060—1,064) und fällt in den fieberfreien Tagen auf die Norm oder auch bei eingetretener Kachexie unter die Norm. Beim Abdominaltyphus bleibt die Steigerung der Blutdichte während der Zunahme des Processes constant; mit beginnendem Abfall der Temperatur sinkt sie langsam. Auch bei Pleuritis exsudativa, bei tuberculöser Meningitis und beim chronischen Hydrocephalus stellen sich Steigerungen der Blutdichte ein. Ad 2. Verminderung des spec. Gewichts des Blutes constatirte Monti bei verschiedenen Formen der Anaemie, bei leichten Graden ist die Blutdichte oft normal, nimmt jedoch die Anaemie zu, so sinkt sie, wobei die Werthe selten unter 1,040 herabgehen. Beträchtliche Verminderung der Blutdichte beobachtete Monti bei Anaemia gravis und Leukocytose, wobei die Werthe zwischen 1,040 und 1,036 schwankten. Bei Leukaemie und perniciöser Anaemie fand Verf. Werthe von 1,028, 1,030, 1,032. Mit dem Besserwerden der Erscheinungen der Krankheit beobachtet man stets eine Zunahme der Blutdichte gleichzeitig mit einer Zunahme des Körpergewichts. Nach den Erfahrungen des Verf. giebt das Verhalten der Blutdichte einen Anhaltspunkt, um den Grad und den Verlauf der Anaemie beurtheilen zu können: wenn im Verlaufe einer Anaemie die Blutdichte abnimmt, so ist das ein Zeichen, dass die Erkrankung progressirt; sobald sie aber normale Höhe erreicht und unverändert auf derselben bleibt, wird man die Anaemie als geheilt betrachten können. Ueber das Verhalten der Blutdichte bei Nephritis sagt Monti Folgendes aus: in allen Fällen, wo die Temperatur bereits zur Norm zurückgekehrt war und hochgradige hydropische Erscheinungen bei verminderter Diurese vorlagen, war die Blutdichte vermindert (1,041—1,047). Mit dem Eintritt der Diurese und Abnahme der hydropischen Erscheinungen steigt allmählich die Blutdichte, erreicht jedoch selbst nach Verschwinden der Nephritis nicht die normale Höhe. In Fällen von Nierenerkrankung, wo zur Zeit der Beobachtung noch Fieber bestand, ist trotz Hydrops die Blutdichte nicht vermindert gewesen (Werthe von 1,051—1,052). Mit dem Aufhören des Fiebers und Eintritt der Diurese bei rapider Abnahme der hydropischen Erscheinungen steigt dann die Blutdichte und erreicht die Höhe von 1,056. Auch bei Dyspepsien und Darmcatarrhen, bei Chorea minor ohne Herzcomplicationen fand Monti ein Sinken des specifischen Gewichts des Blutes. Ad. 3. Viele Autoren, unter diesen auch Verf., konnten feststellen, dass bei gesunden Kindern ein constantes Verhältniss zwischen den physiologischen Werthen der Blutdichte und jenen des Haemoglobingehaltes besteht, so dass niedere Werthe der Blutdichte stets niederen Werthen des Haemoglobingehaltes entsprechen und umgekehrt. Diesen Parallelismus fand Monti in verschiedener Weise gestört bei Chlorose, Chorea minor, Tuberculose. Bei acuten Fällen von Nephritis mit hydropischen Erscheinungen constatirte Verf. häufig vermindertes spec. Gewicht des Blutes bei normalem Haemoglobingehalt. Bei Leukaemie und perniciöser Anaemie bestand eine bedeutende Verminderung der Blutdichte neben einer noch hochgradigeren Herabsetzung des Werthes für den Blutfarbstoff (spec. Gewicht 1,025 Haemoglobingehalt 20 pCt.)

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

P. Strassmann: Anleitung zur aseptischen Geburtshülfe. Berlin 1895. S. Karger.

W. Schrader: Woher der therapeutische Misserfolg der Antisepsis beim Puerperalfieber. Volkmann's klin. Vorträge. Neue Folge № 95.

G. Leopold: Typische Wochenbettscurven im 2. Bande der Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden. Leipzig 1895. S. Hirzel.

Strassmann hat sich der dankenswerthen Aufgabe unterzogen, den Leser mit der die Antisepsis immer mehr verdrängenden Asepsis bei Leitung einer Geburt oder eines Wochenbettes bekannt zu machen. Wir müssen gestehen, dass wir nicht viele Werke zu lesen Gelegenheit gehabt haben in welchen das Thema, wie in vorliegendem, in so kurzer, dabe

jedoch anschaulichen und durchaus erschöpfenden Weise behandelt wird.

Die Grundidee, welche Verf. durchzuführen bestrebt ist und welche sich gleich einem rothen Faden durch alle Capitel verfolgen lässt, ist die «Selbstreinigung» der Geburtswege und die sich daraus ergebenden Consequenz. diesen Verlauf im weitesten Maasse walten zu lassen; wo wir aber genöthigt sind, einzugreifen, ihn nach bestem Ueberlegen nachzuahmen. S. verwirft daher jegliche Ausspülung während der Geburt, selbst wenn operative Eingriffe vorgenommen, oder Temperaturerhöhungen schon während der Geburt beobachtet wurden. Sowohl innere Untersuchung als auch operative Eingriffe werden möglichst eingeschränkt und durch äussere Untersuchung und äussere resp. combinirte Eingriffe ersetzt.

Während in neuerer Zeit die Mehrzahl der Autoren, was die Geburt anbetrifft, mehr oder weniger analogen Principien huldigt, herrschen bezüglich des Wochenbettes im Allgemeinen und des pathologischen im Speciellen grössere Meinungsverschiedenheiten, weshalb wir uns auch eine eingehendere Berücksichtigung der Ansichten Verf.'s, diese Periode betreffend, erlauben.

Nach Ablauf der Nachgeburtsperiode und nach Entleerung des Uterus sind alle Spülungen zu unterlassen, mögen Operationen gemacht sein, welche es seien, mag der Zustand der Frau sein, wie er will. Ist die Entbundene nicht inficirt, so kann sie dabei inficirt werden, ist sie inficirt, so nützen Spülungen gar nichts. So lange das Wochenbett normal verläuft, sind alle Scheidenausspülungen zu vermeiden. Vaginale Ausspülungen werden nur da gemacht, wo übelriechende Lochien Verdacht auf Retention von Eihautfetzen erregen. Verhaltener Uterusinhalt muss entfernt werden; dieses geschieht bei zurückgebliebenen Placentarresten, Decidnafetzen etc. mit dem Finger, bei Secretstauung durch eine schonende Uterusirrigation mit indifferenter Flüssigkeit. In allen fieberhaften Fällen sorge man für gute Nachwehen durch Secale oder Ergotin, da der contrahirte, feste Muskel dem Fortschreiten eines Infectionsprocesses mehr Widerstand entgegensetzt als der schlaffe.

Ganz anders beurtheilt Schrader die Contractionen des Uterus. Er ist der Meinung, dass im Uterus während der Wehe, ähnlich wie in jedem thätigen Muskel, der Lymphstrom verstärkt, mithin auch die Resorption vermehrt ist. Es sollen daher alle Ursachen ferngehalten werden, die die Wehen anregen zu einer Zeit, wo die Lochien eine übele Beschaffenheit besitzen. Da nun durch Uterusirrigationen Wehen hervorgerufen werden, kann durch eine solche Maassnahme ein noch auf das Endometrium localisirter Process zu einem allgemeinen gemacht werden. Nach Schrader ist eine Uterusirrigation einem Vabanque-Spiel mit dem Leben der Wöchnerin gleichzustellen. Dasselbe gilt auch für die Scheidendouchen, wenn auch in wesentlich geringerem Grade. Die Localbehandlung ist zum grossen Theil schuld an den therapeutischen Misserfolgen der Antisepsis, von ihr (der Localbehandlung) soll nach Schrader's Ansicht nichts übrig bleiben; wir sollen zu den einfachen Sitten unserer Väter zurückkehren.

Werfen wir nach diesen leider nur durch sehr spärliche und mangelhafte Krankengeschichten erläuterten Auseinandersetzungen Schrader's einen Blick auf die «typischen» Wochenbettscurven Leopold's.

Die Curven sind auf Grund 8-jähriger Beobachtungen an über 10,000 Wöchnerinnen zusammengestellt und können zu eingehenderem Studium bestens empfohlen werden. Besonderes Gewicht wird von L. auf das Verhalten des Pulses im Wochenbette resp. das Verhältniss des Pulses zur Körpertemperatur gelegt. Bei Durchmusterung der Curven pathologischer Wochenbette fällt häufig ein plötzliches Sinken der Fiebertemperatur auf und forscht man nach der Ursache dieser auffallenden Erscheinung, so erweist es sich, dass eine Uterusausspülung die Veranlassung gewesen. Dementsprechend formulirt L. einige seiner Schlussfolgerungen auch folgender Massen: Rufen zurückgebliebene und faulig zersetzte Eihautreste oder Lochiometra hohes Fieber hervor, dann hilft zum sofortigen Abfall desselben eine unter allen Cautelen vorgenommene Uterusausspülung mit 2 pCt. Karbollösung. Ein scharfer plötzlicher Aufstieg von Temperatur und Puls, meist am 4. Tage, kann durch Staphylococcen im Collumsecret hervorgerufen werden. Er fällt sehr bald wieder zur Norm durch sofortige, unter allen Cautelen vorgenommene Uterusausspülung mit 2 pCt. Carbollösung. Gonococcen im Collumsecret bewirken eine sehr unruhige, mässig fieberhafte Curve, welche unter reinigenden Scheidenausspülungen meist bald zur Ruhe kommt. Soll eine Uterusausspülung etwas helfen, so muss sie gleich nach Ausbruch des Fiebers vorgenommen werden. Ist von Anfang an das Venengebiet in die Entzündung einbegriffen (Metrophlebitis puerperalis), so wird eine frühzeitige, selbst noch so vorsichtige Uterusausspülung den Zustand nur verschlimmern.

Wie soll nun der praktische Arzt handeln, was soll dem Anfänger als Richtschnur dienen, wenn die Ansichten der Autoren so durchaus verschiedene wie die oben angeführten sind?

Bei unseren heutigen Anschauungen unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass in der Blüthezeit der Antisepsis, wo jeder selbst normale Fall gespült, pathologische Fälle von Einigen sogar permanent irrigirt wurden, der Kranken mit solchen Spülungen häufig mehr geschadet als genützt wurde. Deshalb aber aus einem Extrem ins andere zu verfallen ist irrationell. Schrader geht entschieden zu weit, wenn er den Arzt zu einer ganz passiven Rolle in jedem Falle puerperaler Erkrankung verurtheilt. Rationeller und der Pat. zuträglicher ist nach Erfahrungen welche Ref. mit Uterusspülungen gemacht hat, der Standpunkt welchen Leopeld und Strassmann einnehmen. Sind wir doch stets bemüht jauchende Abort- oder Placentarreste möglichst früh aus dem Uterus zu entfernen; woher soll stagnirendes, in Zersetzung begriffenes Lochialsecret ein noli me tangere sein? Da es hauptsächlich auf mechanische Entfernung der stagnirenden Massen handelt, ist es ziemlich irrelevant, ob die Spülungen mit desinficirenden Flüssigkeiten oder mit abgekochtem Wasser oder mit physiologischer Kochsalzlösung gemacht werden. Wehen werden dabei sicher nicht in stärkerem Maasse angeregt als durch die verschiedenen bei Entfernung von Placentarresten üblichen Manipulationen.

Dobbert.

Auszug aus den Protokollen d. Aerzte-Vereins zu Reval.

Sitzung am 4. Oktober 1893.

1. Herr von Maydell referirt über einen Fall von Cirrhosis ventriculi, der zu verschiedenen diagnostischen Irrthümern Veranlassung gab, weil der Patient unabhängig von seiner Magenaffection gleichzeitig an einem malignen Tumor litt. Der Fall, der im Februar 1893 zur Beobachtung kam, betraf einen 49-jährigen sehr abgemagerten Herrn, der seit mehreren Jahren an Obstruction, dyspeptischen Beschwerden, vagen Schmerzen und Appetitlosigkeit zu leiden angab. Die Natur des Leidens liess sich nicht mit Bestimmtheit feststellen, da die Untersuchung des Magenchemismus misslang. Der Magen erwies sich beim Aushebern in der üblichen Zeit nach Genuss des Probefrühstücks resp. -Mittags stets als leer. Für eine Betheiligung der Mucosa sprach der Umstand, dass sich Jodkali erst nach ³/₄ Stunden im Speichel nachweisen liess. Die untere Magengrenze liess sich nach Genuss von 3 Glas Wasser in der Höhe des Nabels feststellen. Bei der äusseren Untersuchung waren einige hirsekorn- bis erbsengrosse Tumoren am Nabel, der von einem harten Ringe umgeben erschien, aufgefallen. Pat. hatte auf diese Tumoren, die sich im Laufe des letzten Jahres gebildet haben sollten, nicht weiter Gewicht gelegt und liess die operative Entfernung derselben nicht zu, selbst nachdem durch Dr. Westphalen in Petersburg vermittelst mikroskopischer Untersuchung an einem excidirten Stück festgestellt wurde, dass die als weiche Warze sich präsentirenden Gebilde äusserst zellreich und in Gestaltung der Zellen so polymorph seien, dass an eine beginnende Sarkombildung gedacht werden musste. Der Zustand des Patienten trotzte im Verlauf allen therapeutischen Bemühungen. Die Klagen bezogen sich meist auf Schmerzen die nichts Typisches hatten und bald hier bald da in wechselnder Intensität auftraten, ferner bestand fortgesetzt Appetitlosigkeit und Obstipation. Im Mai konnte Ascites constatirt werden und war eine deutliche Vergrösserung der Tumoren am Nabel bemerkbar. Bald darauf consultirte Patient Prof. Dehio und Dr. Zoege von Manteuffel in Dorpat, welche bei der Untersuchung per rectum einen Tumor zwischen Blase und Rectum und in der durch Punction entleerten Ascitesflüssigkeit für Carcinom sprechende Elemente fanden. Es wurde daher ein maligner Tumor mit Metastasenbildung diagnosticirt und wurde in der Folge nur symptomatisch in der Therapie verfahren. Prof. Sacharjin, der Ende Juni ebenfalls consultirt wurde, bestätigte die Diagnose Carcinom. Im Laufe des Juli und August nahmen Schwäche und Abmagerung stetig zu. Pat. behauptete oft beim besten Willen und bei vorhandenem Verlangen nach Speise nicht mehr, als nur ganz geringe Mengen Nahrung zu sich nehmen zu können, «da sein Magen gewiss zu klein sei, denn er sei gleich voll und es ginge nichts mehr hinein». Am 21. September ging Pat. schliesslich an Inanition zu Grunde. Die Obduction erwies, dass der vermeintliche maligne Tumor im Unterleibe nur eine harte Masse von Skybalis war, deren Stauung durch eine Rectumstenose zu Stande gekommen war; noch eine Stenose fand sich an der Flexura dextra coli. In der Leber fanden sich mehrere weissliche kirschgrosse Heerde, die makroskopisch das Bild von Metastasen einer malignen Neubildung boten. Sie schienen etwas geschrumpft zu sein. Die Tumoren am Nabel, die intra vitam während der letzten Zeit sich verkleinert hatten, zeigten unter dem Mikroskop die Structur eines Sarkoms. Sonst konnte weder in der Bauchhöhle, noch in einem anderen Organ das Vorhandensein eines Tumor constatirt werden. Ein überraschendes Bild bot der Magen, er war in toto von der Grösse einer Niere, seine Wand fast kleinfinger-

dick, das Lumen sehr verkleinert, der Pylorus durchgängig, das ganze Organ fast knorpelig hart. Die von Dr. Westphalen ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um Cirrhosis ventriculi handele. Wucherung und spätere Schrumpfung des interstitiellen Bindegewebes mit gleichzeitigem Untergang der drüsigen Elemente. Die Richtigkeit der vorhererwähnten Grössenbestimmung vorausgesetzt, muss sich der Schrumpfungsprocess in etwa einem halben Jahre entwickelt haben. Eigenthümlich ist, dass bei der durch mangelhafte Ernährung herbeigeführten Inanition die malignen Tumoren zu schrumpfen begannen.

2. Herr Bätge berichtet über einen Fall von narbenförmigen Divulsionen der Haut bei einem Jüngling von 16 Jahren, der eine doppelseitige Pneumonie mit nachfolgender Thrombose der einen Vena cruralis durchgemacht hatte und während seines langen Krankenlagers erstaunlich schnell gewachsen war.

Herr Hansen hat vor einigen Jahren einen ganz analogen Fall bei einem Knaben von 12 bis 15 Jahren beobachtet. Der Kranke hatte wegen einer eitrigen Peritonitis wochenlang mit angezogenen Knien gelegen und es bildeten sich oberhalb der Knie Hautdivulsionen, welche später völlig schwanden.

3. Herr Bätge hat einen Fall von Oedema neonatorum mit Ausgang in Genesung beobachtet: Robert S. erkrankte 4 Wochen nach seiner nach Angabe der Mutter einen Monat zu früh erfolgten Geburt an Anschwellungen der Füsse, Beine, des Scrotum und Rückens bis hinauf zu den Schulterblättern. Referent sah das Kind zuerst 14 Tage nach Beginn der Erkrankung. Dasselbe erschien schlecht genährt, elend, lag ruhig und theilnahmlos da, reagirte auf Insulte nur langsam mit schwachem Wimmern. An den genannten Körperstellen war die Haut durch das Oedem glänzend gespannt und fühlte sich hart an, dem Fingerdruck nicht nachgebend. Radialpuls kaum fühlbar, 140 Herzschläge in der Minute, der zweite Herzton nicht hörbar. Herzdämpfung sehr klein. Der Urin war frei von Eiweiss, die Temperatur wurde nicht gemessen. Die Ernährung des Kindes befand sich unter den ungünstigsten Verhältnissen: die Mutter hatte sehr wenig Nahrung, Kuhmilch war zu kostspielig, das Kind wurde gefüttert «mit Allem, was vorkam». Bei ausschliesslicher Kuhmilchnahrung, täglichen Bädern und Natr. jodat. 2,0:100, drei Mal täglich 1 Theelöffel kräftigte sich das Kind, die Oedeme verringerten sich und sind jetzt, wo das Kind 2½ Monate alt ist, geschwunden. Das Oedema neonatorum wurde früher mit dem Scleroma neonatorum zusammengeworfen. Wenn auch oft die Aetiologie für beide Krankheiten übereinstimmen mag, so müssen wir doch Parrot Dank wissen, dass er die Krankheiten scharf getrennt hat und die Verhärtung und Vertrockenung der Haut als für das Sclerem charakteristisch bezeichnet hat. Nephritis oder Lungenatelectase, bisweilen beobachtete Ursachen des Oedema neonatorum, lagen in diesem Fall nicht vor; möglicherweise hatte das Kind eine foetale Myocarditis durchgemacht, wofür die Herzschwäche und die Kleinheit des Herzens sprechen könnten. Ausserdem waren frühe Geburt, schlechte Luft und elende Nahrung die Krankheit begünstigende Momente. Unter besserer Pflege und guter Ernährung trat Genesung ein, ein immerhin nicht häufiger Ausgang des Oedema neonatorum.

4. Herr v. Maydell berichtet über den vereinzelt aufgetretenen Fall von Cholera asiatica in Reval. Derselbe, aus Dorpat eingeschleppt, wurde in der Cholera-Baracke behandelt und endete in Genesung.

Vermischtes.

— Ordensverleihungen: Der weisse Adlerorden dem Director des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, Leibpädiater Geheimrath Dr. Rauchfuss. Der St. Wladimir-Orden II. Classe dem Inspector des Medicinalwesens der Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria Geheimrath Dr. Ssutugin. Der St. Annen-Orden I. Classe — dem Director des Medicinaldepartements, wirkl. Staatsrath Dr. Ragosin. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Consultanten an den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Lewinson-Lessing.

— Befördert: Zum Geheimrath — das berathende Mitglied des Medicinalraths, Leiboculist Dr. Graf Magawly. Zu wirklichen Staatsräthen — die Consultanten an den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, DDr. Kernig und Dohnberg.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Universität Marburg, Dr. Otto v. Buengner, ein Sohn Riga's und ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er 1884 die Doctorwürde erlangte, ist, wie die «Düna Ztg.» erfährt, zum Director des Landkrankenhauses in Hanau (Hessen-Nassau) erwählt worden und wird in nächster Zeit dorthin übersiedeln.

— Zum Rector der Universität Tomsk ist der Professor der Hygiene, Dr. A. J. Ssudakow ernannt worden, welcher dieses Amt bereits vor einiger Zeit bekleidete.

— Der Professor der Anatomie an der Universität Tomsk, Dr. N. M. Maliew, dem in den letzten Monaten in Folge des Rücktrittes des Rectors Dr. Kaschtschenko die Functionen desselben interimistisch übertragen worden waren, ist nach Ausdienung von 30 Jahren auf weitere fünf Jahre im Dienst als Professor belassen worden.

— Verstorben: 1) Am 29. März der Ehrenleibmedicus des Kaiserlichen Hofes, Geheimrath Dr. Joseph Bertenson im 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene gehörte zu den angesehensten Aerzten Russlands und hatte sich durch seine Tüchtigkeit zu hohen Stellungen emporgearbeitet. In Nikolajew geboren, bezog B. im Jahre 1854 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1857 Medicin studirte und im Alter von 22 Jahren bereits die Doctorwürde erlangte. Nachdem er sodann zur weiteren Vervollkommnung an ausländischen Universitäten, namentlich Berlin, seine Studien fortgesetzt, liess er sich als Arzt in Witebsk nieder, wo er als älterer Arzt am Collegium der allgem. Fürsorge von 1859—63 fungirte. Im letztgenannten Jahre siedelte er nach St. Petersburg über, wo er successive die Stellungen des Inspectors des Physikats (1865—68), des Gouvernements-Medicinalinspectors des St. Petersb. Gouvernements und seit 1871 des Directors des von ihm begründeten Roshdestwenski-Barackenlazareths bekleidete. Vor 2 Jahren wurde er zum Regierungscommissar der kaukasischen Mineralbäder ernannt, trat aber, durch die Zunahme des in seinem Organismus schleichenden Leidens gezwungen, vor Kurzem von diesem Amte zurück. B. ist auch vielfach literärisch thätig gewesen und hat das Verdienst, das erste Hospital nach dem Barackensystem in Russland begründet zu haben, wozu er seine Erfahrungen, welche er an des berühmten Pirogow Seite auf dem deutsch-französischen Kriegsschauplatze gesammelt hatte, verwerthete. 2) Am 23. März in Talsen der dortige langjährige Arzt Dr. Nikolai Borck im 66. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1847—52 Med. studirte. Nach Absolvirung des Arztexamens war B. anfangs Arzt in Mitau, dann zu Sassmacken in Kurland und zuletzt in Talsen. Da er kinderlos verstorben, so hat er den grössten Theil seines erworbenen Vermögens dem kurländischen Lepra-Verein vermacht. Es wird dadurch ein ca. 5000 Rbl. betragendes Kapital nach dem Ableben der Wittwe, welcher die Nutzniessung der Zinsen desselben zusteht, obigem Verein zufallen. 3) Am 26. März in Walk Collegienrath Dr. August Tiling im Alter von 67 Jahren. Aus Kurland gebürtig, widmete er sich in Dorpat von 1846—52 dem Studium der Medicin. Nach Erlangung des Arztgrades im Jahre 1856 wurde er Landarzt zu Sassmacken und Frauenburg in Kurland, trat aber später in den Militär-Medicinaldienst und fungirte als jüngerer Arzt des 15. Reserve-Bataillons zu Riga, bis er im Jahre 1886 sich als freiprakticirender Arzt zu Dubbeln am Rigaschen Strande niederliess. 4) In Moskau am 24. März der dortige Frauenarzt Michael Tschish. 5) Am 5. Februar in Jalta der Landschaftsarzt des Kurskschen Gouvernements W. J. Dydalewitsch an der Lungenschwindsucht. Er hat seine Frau mit einem ½jährigen Kinde ohne jegliche Existenzmittel hinterlassen. 6) In St. Petersburg der Sanitätsarzt des Admiralitäts- und Kasanschen Stadttheils F. N. Malyschewski. Nach Absolvirung des Cursus an der militär-medicinischen Academie im Jahre 1878 liess er sich als Arzt in St. Petersburg nieder und bekleidete im Laufe der letzten zehn Jahre den Posten eines städtischen Sanitätsarztes in welcher Stellung er thätigen Antheil an der Bekämpfung der Cholera in den letzten Jahren nahm. 7) Am 2. April in St. Petersburg der Oberarzt des Städtischen Hospitals für acute Exantheme, Staatsrath Dr. G. T. Ljesnikow. Der Verstorbene beschäftigte sich speciell mit Haut- und Kinderkrankheiten.

— Der deutsche Kaiser hat aus Anlass der Bismarckfeier den Leibarzt des Fürsten Bismark, Professor Dr. Schweninger in Berlin, zum Geheimen Medicinalrath ernannt.

— Dem durch seine hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen auf dem Gebiet der Kinderheilkunde wohlbekannten Sanitätsrath Dr. Biedert in Hagenau (Unterelsass) ist der Professortitel verliehen worden.

— Die Privatdocenten der Universität Freiburg, Dr. E. Jacobi und Dr. Goldmann sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden, ersterer für Dermato- und Syphilidologie, letzterer für Chirurgie.

— Der Magistrat von Paris hat beschlossen, zur Errichtung einer Büste Pasteurs in der medicinischen Academie 1500 Frcs. herzugeben und Pasteur zu Ehren die «Rue d'Ulm in «Rue Pasteur» umzubenennen.

Die Annahme von Gesuchen um Aufnahme in die Zahl der Studirenden der militär-medicinischen Academie findet vom 1.—15. Juli d. J. statt. In

den ersten Cursus werden Personen mit dem Maturitätszeugniss der klassischen Gymnasien und in den zweiten Cursus Personen aufgenommen, welche ein Diplom I. Classe der physiko-mathematischen Prüfungscommissionen aufzuweisen haben. Für Angehörige der südslavischen Länder sind 5 Vacanzen vorhanden. Nicht aufgenommen werden: Personen mosaischer Religion, Verheirathete. kränkliche und solche Personen, die kein Zeugniss über gute Führung aufzuweisen haben.

— Die auch von uns in der vorigen Nummer der Wochenschrift reproducirte Nachricht der «Allg. med. Centr.-Ztg.» von der Berufung Prof. Dr. Raehlmann's an die Universität Prag bestätigt sich nicht. Wie aus Prag gemeldet wird, ist der Professor der Augenheilkunde an der Universität Innsbruck Dr. Wilhelm Czermak, zum ordentlichen Professor der Ophthalmologie und Director der Augenklinik an der deutschen Universität Prag ernannt worden.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Lodeinoje Pole (Gouv. Olonez). Wohnsitz in «Вознесенская пристань». Gehalt 800 Rbl. jährlich. Adresse: «Лодейнопольская Земская Управа».

2) Es wird ein Arzt (Christ), welcher der litthauischen Sprache mächtig ist, für den Flecken Skopischki im Gouv. Kowno gesucht. Nähere Auskünfte ertheilt der örtliche Apotheker.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. März bis 1. April 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
331	271	602	117	54	87	10	6	21	56	55	70	40	43	32	10	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 14, Scharlach 12, Diphtherie 8, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 110, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 47, Todtgeborene 9.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 11. April 1895.

Tagesordnung: Dr. Hackel: Zur Behandlung der Obstipation.
Dr. Richter: Zur Aethernarkose.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. April 1895.

Дозв. ценз. Спб. 8 Апрѣля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, 15. (27.) April **1895**

Inhalt: L. Blumenthal: Die Beseitigung der Gefahr des Dakryocystoblennorrhoe bei der Staaroperation. — Referate: Felsenthal: Zur Lehre von der Rhinitis fibrinosa. — H. v. Ranke: Weitere Erfahrungen mit dem Diphtherieserum. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Auszug aus den Protokollen des Aerzte-Vereins zu Reval. — Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen. — Vermischtes. — Vacanzen. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Beseitigung der Gefahr des Dakryocystoblennorrhoe bei der Staaroperation.

Von

Dr. L. Blumenthal,

Riga.

Dass die erfreulich hohe Anzahl glücklicher Staaroperationserfolge in unserer Zeit hauptsächlich auf die Durchführung der Aseptik und Antiseptik auch bei Augenoperationen zurückzuführen ist, kann nicht mehr bezweifelt werden und sind die gegentheiligen Ansichten, z. B von Steffan, als widerlegt zu betrachten.

Der exacten Durchführung der Aseptik und Antiseptik am Auge stellt sich aber nicht selten ein, bis vor Kurzem wenigstens, unüberwindliches Hinderniss entgegen: Wenn nämlich das staarkranke Auge zugleich an einer Affection des Thränenableitungsorgans leidet

Wie sehr jedoch eine solche Affection für die Eröffnung der Vorderkammer überhaupt, insbesondere aber für die Staaroperation gefährlich ist, ist jetzt wohl allgemein anerkannt.

Merkwürdig ist es, dass den älteren Autoren, deren scharfe Beobachtung gerade auf dem Gebiete der Ophthalmologie bei den damaligen unzulänglichen Hilfsmitteln uns oft in Erstaunen setzt, die eminente Gefahr dieser Complication völlig entgangen zu sein scheint.

Beer[1]), der wohl als der maassgebendste Autor in der Frage der Staaroperation am Anfange dieses Jahrhunderts zu betrachten ist, scheint die Gefahr dieser Complication nicht gekannt, oder jedenfalls nur dunkel vermuthet zu haben.

Unter den vielen Complicationen, die Beer als ungünstig bei Staaroperationen bezeichnet, von denen die meisten für unsere Zeit höchst abenteuerlich klingen, viele ganz über Bord geworfen, andere im Gegentheil als günstig für die Heilung der Staaroperationswunde erkannt worden sind, wie z. B. ein bestehender Pannus[2]), führt er zwei an, die annähernd die hier in Rede stehende Affection berühren, nämlich Seite 340, sub. 8 [«ungünstig ist der Operationserfolg] wenn der Staarblinde überhaupt eine vorzügliche Neigung zu catarrhalischen und rheumatischen Beschwerden, besonders an den Augen verräth» und weiter Seite 342 sub 5) «ebenso unwahrscheinlich ist ein glücklicher Erfolg der Staaroperation, wenn der Staar in einem nicht unbedeutenden Umfang mit der Traubenhaut verwachsen, oder wenn ein unheilbares, wenn auch nicht sehr bedeutendes entzündliches oder chronisches Leiden des Augenlides oder des Augapfels z. B. eine habituell gewordene Augenliddrüsenentzündung, ein Ectropium des unteren Augenlides, der Rest eines Pannus und dergleichen vorhanden, oder der Staarkranke sehr lichtscheu ist».

Ich möchte annehmen, dass unter diesen 2 aufgezählten Gruppen eine Affection der Thränenorgane mit einbegriffen ist.

Das Verkennen dieser Affection als Gefahr für die Staaroperation ist begreiflich und verzeihlich, wenn man bedenkt, dass diese erst mit Aufstellung der Lehre von Entzündung und Antiseptik ihre volle Würdigung erhalten konnte. Dass übrigens sowohl die Anatomie, Physiologie als auch die Pathologie der Thränenorgane recht gut für jene Zeit bekannt war, ersehen wir aus dem höchst interessanten Werke von Joh. Adam Schmidt[3]).

Heute wird jedoch, wie eingehends bemerkt, eine Affection des Thränensackes bei der Staaroperation so sehr allgemein beachtet resp. gefürchtet, dass man mit voller Berechtigung sagen kann, liesse sich diese Gefahr mit Sicherheit ausschliessen resp. beseitigen, kein einziger Verlust des Auges nach der Operation eines — sit venia verbo — «normalen» Greisenstaares an einem sonst normalen Gesammtorganismus mehr vorkommen darf, selbst

[1]) Lehre von den Augenkrankheiten von J. Beer. Wien 1817, Bd. II. S. 338—343.

[2]) Handbuch von Graefe und Saemisch, Bd. V, S. 417.

[3]) Ueber die Krankheiten des Thränenorgans von Joh. Adam Schmidt. Wien 1803.

wenn ein mal eine Operation technisch nicht so exact verläuft, nota bene, wenn die sonstigen aseptischen und antiseptischen Maassregeln lege artis gehandhabt werden.

Hierfür haben Haab[4]) und besonders Adamück[5]) sehr gewichtige Beweise aus ihrer Praxis beigebracht.

Ich glaube vom früheren langjährigen Assistenten an der Stellwag'schen Augenklinik in Wien, Herrn Dr. E. Bock (jetzt in Laibach) gehört zu haben, dass Arlt nicht müde wurde zu predigen, wolle man sich als Augenarzt vor Verlegenheiten in der Praxis schützen, so solle man bei einer jeden Untersuchung eines Auges drei Punkte ganz besonders berücksichtigen, nämlich die Conjunctiva des Oberlides, den intraocularen Druck und — last not least — den Thränensack. Freilich soll bei einer jeden Untersuchung des Sehorgans, wenn man lege artis verfährt, wessen sich ja jeder wissenschaftlich gebildete Arzt befleissigen soll, kein Theil desselben, also auch nicht das Thränenorgan resp. der Thränensack unberücksichtigt bleiben, allein nur zu häufig weicht man von dieser goldenen Regel ab, das weiss jeder Praktiker, und steuert auf die eigentliche Affection z. B. den Staar los. Es müsste daher zur festen Regel gemacht werden, dass man bei der Diagnose «Cataracta senilis» (operabilis) sofort auch den Zustand des Thränensackes prüft, ebenso wie es obligatorisch ist, vor der Vornahme der Staaroperation die Functionen des Auges zu kennen. Namentlich sind es Eversbusch, Haab und Schöler, die diese Regel streng betonen. Uebrigens hat auch Arlt schon dieses bemerkt. Arlt nämlich sagt (Handbuch von Graefe und Saemisch Bd. III, S. 252): «Von grosser Wichtigkeit ist auch bei der Untersuchung Staarkranker die vorläufige Prüfung der Spannung und der Lage des Bulbus, das Abschätzen oder Messen seiner Dimensionen, der Lage und Reaction der Iris, des Verhaltens der vorderen Ciliargefässe, des Zustandes der Bindehaut, des Lides und der Wimpern und der Thränenwege» u. s. w. Auffallend ist nur, dass die Thränenwege zuletzt gestellt sind, während ich sie zu allererst berücksichtigt wissen möchte.

Ich will hier nur einschalten, dass es nicht ganz selten Fälle giebt, bei denen ein bestehendes Thränensackleiden nicht leicht nachzuweisen ist, wie Eversbusch[6]) und auch ich Beispiele beigebracht haben, zugleich mit der Angabe einiger Hilfsmittel für die Diagnose solcher Fälle[7]). Wenn nun eine bestehende Affection des Thränensackes, wie gewöhnlich, leicht an einem Auge constatirt ist, an dem irgend eine Operation, mit der eine Eröffnung der Vorderkammer verbunden ist, wie z. B. die Staaroperation, vorgenommen werden soll, entsteht die Frage, wie soll man sie schnell und sicher beheben. Dafür gab es bis vor Kurzem nur die eine klassische Methode, die, nennen wir sie beim Namen, «Dakryocystoblennorrhoea» mit Sonden und Spritze zu behandeln. Gewiss werden wir sehr oft diese mit grossem Vortheil anwenden können. Abgesehen jedoch davon, dass viele Dakryocystoblennorrhoen auf solche Weise sich überhaupt nicht sicher beseitigen lassen, wie die oft sehr lange bestehenden Fälle mit zahlreichen Verwachsungen und Verengerungen des Canals, wo acute entzündliche Anfälle sog. Dakryocystitis zu Hautfisteln geführt haben, eine Dilatation, sog. Tumor lacrymalis, oder Veränderungen der Knochen mit und ohne Ozaena vorliegen: wird diese Methode bei vielen Individuen, die sich an uns ihrer Staarblindheit wegen wenden und von derselben relativ bald befreit sein wollen, oft geradezu unausführbar sein. Man bedenke, dass es meist hochbetagte, oft schon marastische mit allerlei Altersgebrechen behaftete Individuen sind, die entweder von ihrem Thränenleiden nichts wissen oder sich an dieses quasi gewöhnt haben, weil diese Affection sie nur wenig belästigte, besonders wenn sie nicht etwa durch eine acute Complication oder ein Ulcus serpens der Cornea an ihr Leiden ärztlicherseits erinnert worden sind. Wie nun wollte man solche Individuen der oft sehr schmerzhaften und monatelang dauernden Sondencur unterwerfen, die zudem noch gerade in derartigen Fällen nicht mal einen sichern Erfolg verspricht. Die zweite Methode wäre die schon seit Alters her bekannte in neuerer Zeit besonders von Alfred Graefe empfohlene blutige Exstirpation oder durch chemische Mittel erzielte Verödung des Thränensacks. Diese für ältere Leute sehr eingreifende Operationsmethode, bei der auch meist die Narkose zu Hilfe genommen werden muss und die zudem nicht ganz sicher sein soll, hat sich nicht viele Anhänger erworben.

Die dritte Methode besteht darin, temporär oder dauernd die Communication zwischen Conjunctiva und Thränensack aufzuheben Hierbei concurriren gegenwärtig 2 Vorschläge: a) die Unterbindung der Thränenkanälchen nach Eversbusch[8]) und b) die durch galvanocaustische Verbrennung erzielte Verklebung derselben nach Haab[9]).

Ueber die Methode von Eversbusch besitze ich keine Erfahrungen. Die zweite wird nach Haab (l. c.) so ausgeführt, dass man durch die ungeschlitzten Canälchen den Thränengang durchspritzt und durch Einführung der galvanocaustischen Schlinge die Canälchen temporär oder dauernd zum Verschluss bringt. Haab lässt jedoch, wenigstens in diesem angeführten Berichte, diejenigen Fälle unberücksichtigt, wo eine Durchspritzung des Canals durch Verwachsungen, sogenannte Stricturen überhaupt unmöglich ist, wo ferner eine Schlitzung eines oder beider Canälchen oder Hautfisteln vorliegen.

Ich erlaube mir daher einen Fall zu berichten, wo fast alle solche Complicationen vorhanden waren.

J. J. M., früher Militär, consultirt mich Anfang Mai 1893 seines ca. $1^1/_2$ Jahr erblindeten Auges wegen.

Patient, 86 Jahre alt, sicht für sein Alter noch recht wohl aus, nur hustet er oft und hat starken Auswurf. Patient giebt weiter an, öfter an Indigestionen zu leiden. Bezüglich seiner Augen sagt er ferner, dass er am rechten Auge vor sehr vielen Jahren durch Anfliegen eines Projectils erblindet sei. Mit dem linken Auge habe er noch vor $1^1/_2$ Jahren seine Finger sehen können. Die Untersuchung der Lungen ergiebt das bekannte Emphysem älterer Leute. Meiner Regel[10]) gemäss untersuchte ich zunächst die Thränenorgane des linken Auges, indem ich in der Gegend der regio lacrymal. resp. unterhalb des ligament. canth. inter. einen Druck ausübte und zwar in der gewöhnlichen Weise mit der nach oben gerichteten Kuppe des rechten Daumens, konnte jedoch nichts Abnormes finden. Als ich jedoch dieses Manöver so ausführte, dass ich die Kuppe des Daumens nach unten richtete, wobei die übrigen Finger dieser Hand meist auf die Stirn zu liegen kamen (ich that dieses um etwaiges Secret in die Nase zu drücken) sah ich zu meinem nicht geringen Schrecken aus einer feinen bis jetzt unsichtbar gewesenen Fistel einen feinen, aber kräftigen Strahl hervorspritzen. Beiläufig will ich hier bemerken, dass man bei allen derartigen Manipulationen am Thränenorgan überhaupt recht vorsichtig sein muss, da man leicht einen derartigen zwar warmen aber doch nicht sehr angenehmen Strahl in die (eigenen) Augen bekommen kann, umsomehr als solche haarfeine Hautfisteln oft nicht gleich zu erkennen sind.

Ganz denselben Befund fand ich rechts. Der beiderseits hervorschiessende Strahl war wasserklar und schien keinen Eiter zu enthalten. Patient giebt nun auf diesbezügliche Fragen auch an, dass er schon seit Jahren an Thränenträufeln leide, auch sei er mehrmals von sehr schmerzhaften Entzündungen die acut aufgetreten, in der Thränensackgegend betroffen worden und sei auch an der linken Seite eine solche Anschwellung von ärztlicher Hand eröffnet worden. Diese Entzündungen sind natürlich als (acute) Dakryocystitiden zu deuten, die so oft den chronischen Verlauf der Dakryocystoblenorrhoea unterbrechen und Fisteln hinterlassen. Fortgesetzte Versuche förderten im-

[4]) Beiträge zur Augenheilkunde von Fuchs, Haab, Vossius und Deutschmann, III Heft, S. 52—58.
[5]) Zehenders klinisch. Monatsblätter 1890, S. 29.
[6]) Centralblatt für pract. Augenheilkunde 1890. S. 354.
[7]) Westnik Oftalmologii. Juli—October 1892, S. 386.
[8]) Centralblatt für practische Augenheilkunde, Decemb. 1890 Seite 354.
[9]) Beiträge zur Augenheilkunde von Fuchs, Haab, Vossius und Dentschmann. III. Heft, Seite 52—58.
[10]) Westnik Oftalmologii, Juli - October 1892, S. 387.

mer nur feine wasserklare Strahlen aus den Fisteln zu Tage, ohne dass es gelang auch nur Spuren von Eiter aus den Thränencanälchen hervorzudrücken. Die Bindehaut des Lides oben und unten normal. Die weitere Untersuchung ergiebt Cataracta senilis auf beiden Augen. Die Cataract scheint schon für das blosse Auge rechts stark überreif, links mehr als reif zu sein, und erkennt man bei seitlicher Beleuchtung zahlreiche kreideweisse Punkte und Streifen. Der intraoculare Druck erweist sich als normal. Handbewegungen werden nur in nächster Nähe erkannt. Das Gesichtsfeld sowohl für weiss als für die gewöhnlichen Farben (roth und grün) ist auch nicht ganz normal. Ich bezog diese Beschränkungen der Function auf das hohe Alter des Patienten, (der wie erwähnt im 86. Jahre steht) ohne dafür wirkliche organische Erkrankungen des Augenhintergrundes zu supponiren.

Die Functionen des Auges rechts sind nicht viel geringer als links. Jedoch will der Patient nur auf dem linken Auge behandelt werden. Dass hier ein langjähriges Thränensackleiden vorlag, war zweifellos, obwohl das eigentliche corpus delicti — der Eiter, noch zunächst unsichtbar war.

Somit musste ich dem Patienten erklären, dass es zwar möglich wäre, durch eine Operation ihm einen Theil des Sehvermögens zurückzugeben, allein das bestehende Thränenträufeln zunächst eine derartige Operation verbiete. Erst nach Beseitigung dieses Leidens könnte von einer Operation die Rede sein. Zwar waren mir damals bereits die Methoden resp. Vorschläge von Eversbusch und Haab bekannt, allein es schien mir doch sicherer nach der alten klassischen Methode d. h. mit Sonden und Spritze nach vorhergegangener Schlitzung des Thränencanälchens vorzugehen. Ich will hier einschalten, dass ich relativ viele Dakryocystoblennorrhoen zur Behandlung bekomme und ich muss behaupten, dass es bei genügender Ausdauer von Seiten des Patienten fast immer gelingt, freilich nicht immer andauernd, eine Beseitigung der oft profusen Secretion zu erzielen, selbst, wenn schon starke Verengerungen oder Verwachsungen und Fisteln vorhanden sind. Für sehr wichtig halte ich die, wie ich glaube schon von Arlt aufgestellte Regel einzuhalten, nicht unmittelbar nach einer Sondirung eine Durchspritzung zu machen oder jedenfalls mit grösster Vorsicht. Ferner hat mich eine oft wiederholte Erfahrung gelehrt, nach der erstmalig erfolgten wenn auch glatten Durchspritzung, nicht gleich am andern Tage eine solche folgen zu lassen, sondern womöglich 5—6 Tage erst verstreichen zu lassen. Ich habe nämlich die Erfahrung gemacht, dass sogar nach einer leichten Sondirung zum ersten Mal und einer ebensolchen Durchspritzung, wo bei ganz geringem Stempeldruck, die ganze Flüssigkeitsmenge leicht durch die Nase abfloss, die gleich am nächsten Tage vorgenommene Durchspritzung schwierig ging und dem Patienten Schmerzen machte, ja wie ich glaube, die Behandlung dadurch mehr in die Länge gezogen wurde, was weniger oft vorkam, wenn ich mit der zweiten Durchspritzung erst später begann. Auch glaube ich, dass man am Anfang der Behandlung, besonders wenn man starke adstringirende Lösungen benutzt, wie z. B. Lapis, gut thut, die Ein- resp. Durchspritzungen nicht täglich zu machen. Gar nicht selten sieht man, dass nach einer erfolgten Durchspritzung mit Lapis die Secretion am andern Tage noch stärker ist und diese erst am dritten Tage abnimmt und danach, glaube ich, muss man die Durchspritzungen einrichten.

Diese Erscheinungen lassen sich nicht schwer erklären, wenn man sich an die bekannte Thatsache erinnert, dass die Sonde und Spritze einen hochgradigen Reiz auf die Schleimhaut des Canals ausüben. Dieser Reiz muss naturgemäss bei der ersten Durchspritzung, wo die Schleimhaut durch die entzündlichen Vorgänge stark gewulstet und gelockert ist, besonders hochgradig sein und dürfte hier die Warnung — primum est non nocere — ebenso angebracht sein wie bei der analogen Urethritis.

Auch möchte ich darauf hinweisen, wie oft es vorkommt, dass eine Sondirung zum ersten Mal nur bis zu einer bestimmten Grenze gelingt, während dieselbe beim nächsten Mal relativ leicht bis zur Nase durchgeht, besonders wenn man die Sonde wechselt, eine dickere oder feinere nimmt. Oft habe ich eine conisch gearbeitete biegsame, jedoch mit einer stumpfen Spitze versehene Sonde mit Erfolg angewandt, wo die gewöhnlichen Bowman'schen nicht durchgingen. Betonen will ich, auch auf die Gefahr hin, Allbekanntes zu sagen, wie sehr man sich vor brüsker Gewalt bei Sondirungen zu hüten hat, da ein einmal gebohrter sog. falscher Weg nur schwer sich wieder gut machen lässt. Weiter habe ich in zahlreichen Fällen die Erfahrung gemacht, dass im Gegensatz zu vielen gegentheiligen Behauptungen, eine Blutung aus der entsprechenden Nasenöffnung bei schweren Sondirungen durchaus nichts Ungünstiges an sich hat, indem sich eine solche Blutung sehr wohl aus der Zerreissung bestandener Stricturen erklären lässt. Im Gegensatz dazu ist das Fehlen einer solchen Blutung bei einer mit Schwierigkeiten gelungenen Sondirung meist viel ungünstiger, da es oft anzeigt, dass die Sonde einen falschen Weg genommen hat. Als sehr schwer der Behandlung zugänglich erweisen sich die Fälle, die mit Ozaena complicirt sind, und die gleichzeitig angewandte Behandlung der Nase z. B. die Douchen mit Kali hypermang., gleichfalls im Stiche liess. und weiter solche Fälle, wo schon sog. tumor lacrymal. bestand. Bei den zahlreichen Fällen von Dakryocystoblennorrhoe durch veraltetes Trachom, besonders bei jugendlichen Individuen, erwiesen sich mir Durchspritzungen von 15 — 20 pCt. Cuprum-Glycerin-Wasserlösung von vorzüglicher Wirkung und wurden gleichzeitig bestehende pannöse und ulceröse Hornhautprocesse sehr günstig durch dieselben beeinflusst [11]). Bei scrophulösen Kindern sah ich grossen Nutzen von Jodoform-Gummi Glycerinemulsionen oder daraus geformten sog. Jodoformbacillen, die ich in den Thränensack einführte. Die Durchspritzungen mache ich mit einer silbernen biegsamen fast wie eine Bowman'sche Sonde langen Canüle, die ich weit einführe und im Zurückziehen den Stempel langsam nach unten drücke. Von diesen Canülen wende ich verschiedene Stärken an. Zuweilen geht die Durchspritzung besser mit einer dickeren und weniger tief eingeführten, ein anderes Mal umgekehrt.

Nachdem ich also in diesem Falle den Thränensack wiederholt kräftig ausgedrückt hatte, wobei sich schliesslich, aber auch nur aus den Fisteln schleimig-eitriges Secret entleerte, und weiter den Conjunctivalsack mit Sublimat (1 : 5000,0) ausgespült hatte, erweiterte ich das untere Thränenkanälchen linkerseits mit einer Arlt'schen conischen Sonde, schlitzte es darauf mit dem Weberschen Messer (das obere war bei dem sehr messerscheuen Patienten schwer zugänglich), darnach Ausspülen des Conjunctivalsackes mit Borlösung und Einpudern von feingepulvertem Jodoform. Bei der Schlitzung verhielt sich der Pat. ziemlich ruhig. Als ich jedoch andern Tages mit einer Bowman'schen Sonde № 3 sondiren wollte, wobei ich nur bis etwa zur Uebergangsstelle zwischen Thränensack und Thränennasencanal kam, wo ich auf einen starken Widerstand stiess, fühlte sich der Patient einer Ohnmacht nahe. Ich stand zunächst von weiteren Versuchen ab. Jedoch war es höchst interessant zu beobachten, dass ein unmittelbar hierauf ausgeführter Druck auf den Thränensack jetzt ein massenhaft eitriges Secret aus den Thränenpunkten zu Tage förderte. Ebenso zeigte sich das Secret, welches sich nach wie vor aus den Fisteln entleeren liess, jetzt von eitriger Beschaffenheit, offenbar war durch diese (so zu sagen) Probesondirung freie Bahn geschaffen worden, was nicht selten vorkommt. Anderen Tages versuchte ich durch den Thränencanal eine Sublimatlösung (1 : 5000,0) durchzuspritzen, wobei ein kräftiger Strahl aus den Fisteln heraussprizte, während von der Nase nichts abfloss. Ein weiterer Versuch mit der Sonde ergab dasselbe negative Resultat. Patient reagirte so sehr, dass ich von weiteren derartigen Versuchen, als zwecklos, definitiv Abstand nehmen musste. Ich beschloss daher die Methode von Haab hier in Anwendung zu ziehen, obgleich die Verhältnisse hier sehr ungünstig dafür lagen.

Erstens war ein Canälchen geschlitzt, somit die durch galvanocaustische Verbrennung zu erzielende Verklebung weniger sicher zu erreichen, zweitens bestanden Hautfisteln und drittens, was das Bedenklichste war, die Unmöglichkeit den Canal, wie Haab es verlangt, durchzuspritzen. Abgesehen davon, dass das blennorrhoische Secret den immerhin leichten galvanocaustischen Verschluss forciren könnte, fürchtete ich durch Absperren dieses Secretes eine acute Entzündung hervorzurufen. Da der Patient auf diesen eventuellen Misserfolg einging, wollte ich den Versuch wagen.

Nachdem ich 10 Tage lang mehrmals täglich den Thränensack sorgfältig ausdrückte und 2 mal täglich mit Sublimat (1 : 1000,0) durchspritzte, wobei sich die Flüssigkeit allerdings immer nur aus den Fisteln entleerte, führte ich nach Einträuflung einer 4% Cocainlösung zuerst in das obere (nach vorheriger Erweiterung mit der conischen Sonde) dann in den Schlitz des unteren Thränencanälchens eine fein zusammengelegte galvanocaustische Schlinge ein, schloss den Strom und erzielte so eine kräftige Verbrennung. Patient verhielt sich dabei vollkommen ruhig. Nach der Verbrennung liess ich kalte Compressen machen. Ich überlegte auch, ob es nicht rationell wäre, auf dieselbe Weise die Fisteln zum Verschluss zu bringen, stand aber davon ab, aus Furcht durch vollständige Retention des Eiters eine acute Dakryocystitis hervorzurufen. Am Tage darauf schritt ich zur Staaroperation. Zuerst fegte ich nach der Vorschrift von Haab mit einem Wattebausch, der in Sublimat (1 : 1000,0) getränkt war, die Uebergangsfalte, die Conjunctiva und die Gegend der Caruncula lacrymalis kräftig aus, reinigte, wie ich es gewöhnlich zu thun pflege, die (äussere) Haut der Lider mit Seife und Bürste und nachher mit Sublimat und träufelte schliesslich Borsäure und Cocain ein, und einige Stunden vor der Operation einige Tropfen Atropin.

Die Instrumente werden vor der Operation mit absolutem Alkohol abgerieben, wonach sie 15 Minuten lang in 3% Carbolsäurelösung kommen, und zur Operation werden sie mit feinen Leinläppchen abgetrocknet. Zur Reinigung der Hände

[11]) Westnik Oftalmologii Juli—October, 1892. S. 386.

benutze ich Seife und Nagelbürste. Nach Einlegung des Elevateurs machte ich wie gewöhnlich mit dem Graefe'schen Messer (von Weiss in London gearbeitet, die wohl alle anderen Fabrikate in jeder Beziehung übertreffen) den Schnitt im Limbus nach oben mit absichtlich grossem Conjunctivallappen dabei ca $^{1}/_{3}$ des Cornealumfangs trennend, iridectomirte. (Die Iridectomie für sich und bei der Staaroperation mache ich seit einiger Zeit ohne jede Fixation des Bulbus d. h. ohne Assistenz indem ich die hervorgezogene Iris selbst abschneide. Ich bin nämlich durch eine zahlreiche Erfahrung zur Ueberzeugung gekommen, dass bei der Iridectomie die Assistenz sehr wohl zu entbehren ist: Ist der Patient ruhig, so ist die Assistenz überflüssig, ist er unruhig, geradezu schädlich, da der Operirte trotz der Fixation das Auge bewegt eventuell mit Abreissung der gefassten Bindehautfalte. Nur wenn man die Narkose bei der Iridectomie zu Hilfe nehmen muss (bei Kindern und sehr unruhigen Kranken) wobei das Auge bekanntlich stark nach oben flieht, muss man, falls man am oberen Umfang iridectomirt, das Auge unten fixiren resp. nach unten anziehen lassen).— Nach Einreissen der Kapsel mit dem Cystotom in 4-facher Richtung längs dem Pupillarrande (nach einem Vorgang, den ich von Bergmeister in Wien gesehen habe und den ich für sehr rationell halte) liess sich die Linse durch Druck mit einem Kautschucklöffel am unteren Hornhautrande und einem ebensolchen metallenen auf den scleral gelegenen Wundrand glatt und schnell entbinden. Sowohl der Kern als die Rinde kamen vollständig heraus. Nach vorsichtiger Entfernung des Sperrers lege ich auf die geschlossenen Lider ein in Sublimat-Eiswasser gekühltes Stück Salicylwatte (solches benutze ich auch zum Abtupfen von Blut und Staartheilen) und wartete ca. $^{1}/_{4}$ Stunde, in welcher Zeit ich genau den entfernten Staar besichtigte: derselbe erscheint vollständig und misst etwa 9 mm. (mit dem Maasssstab gemessen.) Nachdem ich mich noch darauf von der fast vollständigen Klarheit der Pupille bei seitlicher Beleuchtung und mit dem Reflector überzeugt (ich thue das bei jeder Staaroperation ohne Schaden davon gesehen zu haben) machte ich einige kurze Streichmanöver mit dem unteren Lide über das Auge um noch etwaige feine Partikelchen zu entfernen und bedeckte das Auge wieder $^{1}/_{4}$ Stunde lang mit einer kalten Wattecompresse. Nachdem ich jetzt noch den Conjunctivalsack von Gerinnseln und Linsenfragmenten gereinigt, machte ich mit dem Kautschuklöffel die sog. Toilette der Wunde, träufelte Borsäurelösung ein und stäubte recht viel fein gepulvertes Jodoform ein, besonders in den inneren Winkel und auf die übrigens gut schliessende Wunde und legte dann einen antiseptischen Verband an, der aus Borlint, Salicylwatte und Marlybinden bestand, darauf wurde ein kleiner Eisbeutel gelegt.

Auch das zweite Auge wird mit einigen Bindentouren geschlossen. Zur grösseren Sicherheit schloss ich mit dem Galvanocauter auch die Canälchen des rechten Auges, die noch ungeschlitzt waren.

Nach der Operation erhielt der Patient etwas Wein. Ich will hier noch bemerken, dass ich das, als Vorbereitungskur quasi, beliebte Laxans bei Staarkranken für irrationell halte. Bei alten Leuten, die an Darmstörungen leiden, rufen solche Laxantien leicht anhaltende Durchfälle hervor, womit das Gegentheil erreicht wird, was man beabsichtigte. Ich verordne daher am Tage vor der Operation ein Lavement und dann 2 mal zu 15 Tropfen Ti. opii simpl. und ebenso auch am Morgen vor der Operation und falls bis zum 4. Tage nach der Operation kein Stuhl erfolgt, lasse ich wieder ein Lavement machen.

Die Operation sammt dem Verband war um $1^{1}/_{2}$ Uhr beendet. Abends gegen 8 Uhr besuchte ich wieder den Patienten. Ich finde ihn in der besten Stimmung, hat absolut keine Schmerzen. Nach Abnahme des Verbandes finde ich auf dem Stück Borlint eine reichliche Menge eitrigen Schleims. Nach vorsichtiger Oeffnung des Auges betrachte ich (wie ich es gewöhnlich thue) bei seitlicher Beleuchtung auch die Wunde.

Dieselbe sieht gut aus, die Ränder liegen völlig glatt an einander von Conjunctiva bedeckt. Ich träufele Bor ein, stäube wieder Jodoform ein, da von der ersten Einstäubung wenig mehr zu sehen ist und lege einen frischen Verband und auch den Eisbeutel darüber wieder an. Ich bemerke hier noch, dass ich bei jedem Verbandwechsel den ich 1—2 mal täglich nach jeder Staaroperation mache, jedes mal Bor, Jodoform und vom 2. Tage an resp. wenn die Wunde noch etwas klafft etwas später Atropin gebe und habe noch bei keiner der relativ vielen Bulbusoperationen, die ich zu machen hatte Eiterungen der Wunde gesehen, ausgenommen zwei Fälle von Iridectomie bei denen sog. latente Dakryocysto-Blennorrhoe vor der Operation nicht erkannt werden konnte und von welchen ich einen Fall anderen Orts[12]) genauer beschrieben habe. Bemerken muss ich allerdings, dass wahrscheinlich durch Jodoformpulver sich oft eine stärkere Conjunctivitis ausbildet die man somit in den Kauf nehmen muss und die bei geeigneter (Zink) oder Pb-Behandlung später leicht beseitigt werden kann. Vom 2—6. Tage machte ich also 1—2 mal täglich Verbandwechsel in der eben geschilderten Weise. Auf dem Borlintläppchen findet sich jedesmal viel Schleim, auch besteht sog. glasige Chemosis, allerdings leichteren Grades, jedoch ist das Auge relativ reizfrei.

Die Wunde heilt gut, die Pupille erscheint schön schwarz, mit dem Reflector erhält man schönes Roth vom Augenhintergrund. Auch die Colobomschenkel sitzen correct und ich rechnete darauf am 8. Tage den Verband wenigstens während des Tages wegzulassen. Patient sass am 4. Tage auf und hatte schon am dritten Tage Stuhlgang.

Während dieser ganzen Zeit hatte ich jede Untersuchung des Thränensacks sorgfältig vermieden, um nicht eine frühzeitige Sprengung des galvanocaustisch erzielten Verschlusses herbeizuführen. In der Nacht vom 6. zum 7. Tage nach der Operation bekam Patient heftige Schmerzen im operirten Auge.

Auf der Cornea gerade in der Mitte, entsprechend der Lidspalte, finde ich 2 linsengrosse grauweisse Infiltrate. Ich glaube die Entstehung derselben auf folgende Weise zu erklären. Die durch den Verband hervorgerufene verstärkte Secretion der Bindehaut hat zu einer Errosion der ohnehin durch den Operationsact mehr oder weniger gezerrten und daher vulnerableren Cornea geführt. Somit konnten Infectionsträger, durch den wie es sich später erwies in dieser Zeit locker gewordenen Thränenkanälchen-Verschluss eingewandert, einen günstigen Boden für ihre Ansiedelung finden. Es ist bekannt und von Saemisch (Handbuch von Graefe und Saemisch Bd. IV, S. 255) ausdrücklich betont, dass man nach einer Ceratomie bei Ulcus serpens, wenn zugleich Dakryocystoblennorrhoe besteht, (wie so oft) keinen Druckverband anlegen darf, wohl weil dadurch die Secretion gesteigert und somit leichter infectiöses Material auf das Geschwür kommt. Besonders nach der Staaroperation, die doch meist bei älteren und sogar hochbetagten Leuten ausgeführt wird, hat eine selbst normal aussehende Conjunctiva grosse Neigung unter dem Verband zu secerniren und man thut daher gut den Verband so früh als es geht, fortzulassen. Nicht mit Unrecht haben besonders amerikanische Ophthalmologen eine möglichst kurze Verbanddauer einzuführen versucht, ja andere (Chisolm) lassen vollends den Verband ganz weg. Jedenfalls glaube ich im Nachstehenden nachweisen zu können, dass, wenn man einen Staar operirt hat an einem Auge, das zugleich mit Dakryocystoblennorrhoe behaftet war, gleichgiltig, ob es vor der Operation nach der klassischen Methode oder nach dem Vorschlag von Haab behandelt wurde: es von der allergrössten Wichtigkeit ist, den Verband möglichst frühzeitig, etwa am 3. Tage wegzulassen und während dieser Zeit noch möglichst oft zu wechseln etwa 3—4 mal täglich. Vom 3. Tage an kann eine Klappe aus Leinwand getragen werden. Haab beachtet diese Eventualität nicht. Haab scheint allerdings überhaupt nur 5—6 Tage zu verbinden, doch die meisten Operateure legen noch immer ca. 8—10 Tage hindurch den Verband an. Als ich also dieses nicht beachtete und aus alt hergebrachter Furcht einer Wundsprengung den Verband noch einige Tage fortsetzte, entwickelte sich in den nächsten Tagen zuerst ein Hornhautabscess und dann ein regelrechtes Ulcus serpens mit Hypopyon. Ich untersuchte nun den Zustand des Thränenorgans und fand folgenden Befund:

Der obere Thränenpunkt war völlig unsichtbar, d. h. geschlossen (und gekennzeichnet durch ein feines weisses Pünktchen) dagegen war am unteren Thränenkanälchen der mediale Theil des Schlitzes in einer Ausdehnung von etwa 1—2 Millimeter offen und beim Druck entleerte sich massenhaft Eiter. Der laterale Theil war geschlossen und an Stelle des Schlitzes eine weisse Linie. Als am 9. Tage nach der Operation das Hornhautgeschwür immer weiter und weiter kroch, Patient auch allerdings mehr anfallsweise sehr heftige Schmerzen hatte, die übliche Behandlung (Antiseptica, Atropin und feuchtwarmer Verband) ganz erfolglos blieb, führte ich noch einmal eine Verschliessung des losgegangenen Theiles des unteren Thränenkanälchens aus, ohne jedoch auch dadurch einen nennenswerthen Erfolg zu erzielen. Vielleicht hätte eine Cauterisation des Geschwürs mit dem Galvanocauter etwas genützt, jedoch zog ich diese Medication nicht in Anwendung. Eine Ceratomie nach Saemisch auszuführen, wagte ich nicht: ich fürchtete starken Glaskörperverlust und Panophthalmitis gerade durch die bestehende Dakryocystoblennorhoe. Bis dato war immer noch trotz dem Geschwür (das Geschwür zeigte den Charakter des sog. torpiden eitrigen Hornhautinfiltrats) und dem bestehenden Hypopyon ein grosser Theil der Pupille besonders die Gegend des Iris-Coloboms vollständig frei und erhielt man mit dem Reflector nach wie vor rothes Licht vom Augenhintergrunde. Am 11. Tage war der beschriebene Theil des Thränenkanälchens wieder offen. Jetzt endlich (wie ich nun überzeugt bin, leider viel zu spät) entschloss ich mich den Verband ganz, auch Nachts wegzulassen. Die Bindehaut resp. der Thränensack secernirte sehr stark. Die ganze Behandlung beschränkte sich jetzt darauf mehrmals täglich sorgfältig den Thränensack auszudrücken, darauf Bor und Atropin einzuträufeln und Jodoform einzustäuben. Dazwischen wurden einige mal täglich warme Kamillencompressen gemacht. Ein probeweis angelegter Schutzverband steigerte sofort die Schmerzen. Das Geschwür

---

[12]) Westnik Oftal. Juli—October, 1892, S. 386.

zeigte sich sehr renitent, kroch allerdings nur äusserst langsam weiter, hatte vielmehr einen torpiden Charakter, wie ihn eigentlich mehr die Hornhautabscesse zeigen. So wechselte das Hypopyon oft mehrmals täglich: bald war es da, bald schwand es wieder. Auch die Ciliarneuralgien wechselten oft. Endlich aber wurde das Geschwür und das Hypopyon doch recht umfangreich, und schliesslich bildete sich eine Ceratocele, ich gab jetzt Pilocarpin, doch ohne Erfolg. Da eines Tages als ich, selbstverständlich mit grösster Vorsicht den Thränensack ausdrücken wollte, platzte die Ceratocele, ohne wie es schien, weiteren Schaden anzurichten. Die vordere Kammer zeigte sich sofort hypopyonfrei nur ein leichtes Hyphaema war zu constatiren. Wie mit einem Schlage änderte sich das Bild; das war etwa am 20. Tage (ich habe leider das Datum nicht notirt) nach der Operation. Die darauf folgende Nacht schlief der Patient so gut wie schon lange nicht. In weiteren ca. 3½ Wochen war das Geschwür, zum Schluss noch unterstützt durch Pagenstecher'sche Salbe, vernarbt. Es blieb ein grosser Theil der Hornhaut besonders nach aussen klar, die Pupille jedoch war durch eine weisse Membran grösstentheils geschlossen. Der Patient sah nur Handbewegungen. Nach weiteren 6 Wochen führte ich unter ganz denselben Cautelen das heisst, nachdem ich zum 3. mal eine galvanocaustische Verschliessung des hartnäckig offen bleibenden Theiles des unteren Thränenkanälchens vorausgehen liess, wie vor der Staaroperation eine Iridectomie nach aussen — unten aus. Die Iris liess sich leicht mit der Pincette fassen und hervorziehen. Nach dieser zweiten Operation liess ich jedoch den Verband nur bis zur ersten Abendvisite und legte anstatt dessen zur Nacht eine sogenannte Augenklappe (das heisst ein Leinläppchen, das an ein um den Kopf laufendes Band angenäht war) auf.

So verlief die Heilung der Wunde glatt und war am 3. Tage vollendet. Der Patient zählt am 10. Tage nach dieser zweiten Operation ohne Convexglas Finger in 5' und mit einem Convexglas 7.0 D. in 8'. Dieser immerhin geringe praktische Erfolg dürfte erstens auf die starke senile Involution der percipirenden Organe des Operirten zurückzuführen sein, mehr aber noch darauf, dass ein Colobom nach aussen fast immer auffallend wenig leistet, obgleich man wie auch in meinem Falle mit dem Reflector das Roth des Augenhintergrundes wahrnehmen kann. Jedenfalls glaube ich, dass aus meinem Falle zur Evidenz hervorgeht, dass die Haab'sche Methode, allerdings wie ich glaube, mit der nothwendigen Modification den Verband schon am 2. Tage wegzulassen Grandioses leistet und im Stande ist, einer grossen Zahl von Staarblinden das Sehen zurückzugeben, die sonst unrettbar der ewigen Nacht verfallen wären.

Schlussbemerkung.

In einem jüngst von mir beobachteten derartigen Falle habe ich nachfolgende Erfahrung gemacht. Falls die Sondirung und Durchspritzung des Thränenganges von den ungeschlitzten Canälchen aus, wie es Haab vorschlägt, auf unüberwindliche Schwierigkeiten stösst und man somit vordem doch schlitzen muss, erscheint es rationeller die Schlitzung am unteren Canälchen vorzunehmen, anstatt wie üblich am oberen. Am unteren Canälchen bleibt nämlich nach der Schlitzung gewöhnlich ein Theil ungeschlitzt nach, der dann nach erfolgter Sondirung und Durchspritzung zur galvanocaustischen Verschliessung benutzt werden kann, während am oberen Canälchen der Schlitz bis zum Thränensack geht und hier dann absolut nicht mehr galvanocaustisch geschlossen werden kann.

Referate.

Felsenthal: Zur Lehre von der Rhinitis fibrinosa. (Münchener med. Wochenschrift № 3).

F. beobachtete im Sommer 1893 in der B. Baginsky'schen Poliklinik zu Berlin 2 Fälle von Rhinitis fibrinosa. Die Patienten suchten wegen «Verstopftsein» der Nase die Poliklinik auf. Der Rachen war weder geröthet, noch zeigte er Belag; an Diphtherie waren beide Kinder noch nie erkrankt. In dem einen der untersuchten Fälle konnte F. keine Diphtheriebacillen constatiren, während im anderen Fall morphologisch und culturell dem Löfflerbacillus völlig identische Bakterien zu finden waren. Doch zeigten dieselben für Kaninchen eine abgeschwächte Virulenz.

Uebersieht man die Befunde, welche in den letzten 2 Jahren bei Rhinitis fibrinosa erhoben wurden, so gewinnt man den Eindruck, dass es sich bei der Mehrzahl der Fälle um eine Erscheinungsform der Diphtherie handelte. Diese Thatsache ist natürlich für die Praxis bedeutungsvoll und verliert auch dadurch nichts an ihrer Wichtigkeit, dass die Diphtheriebacillen nicht in jedem Falle vollvirulent waren. Denn es ist als sicher anzunehmen, dass unter uns noch nicht bekannten Verhältnissen der Diphtheriebacillus seine volle Virulenz wieder erlangen kann. Handelt es sich also um eine primäre Rhinitis diphtherica in obigem Sinne, so wird jeder Fall isolirt werden müssen. Die Individuen selbst weisen freilich keine Zeichen diphtheritischer Allgemeininfection auf; sie sind offenbar giftfest und die pathogenen Bakterien verhalten sich auf dem giftfesten Körper wie unschädliche Saprophyten.

Vor Kurzem hat Katz in einer Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Mannheim einen Fall typischer Rachendiphtherie mitgetheilt, der durch Ansteckung von Seiten eines mit ihm zusammenlebenden, an Rhinitis fibrinosa erkrankten Verwandten entstanden war. Weyert.

H. v. Ranke: Weitere Erfahrungen mit dem Diphtherieserum. (Münch. med. Wochenschrift, Nr. 8).

Bis zum 6. Februar waren in der Münchener Kinderklinik 102 Fälle mit Heilserum behandelt worden (9 mit Aronson, 93 mit Behring). Von diesen standen noch in Behandlung 7, von den verbleibenden 95 Fällen starben 21 (22 pCt.). Von 85 Fällen primärer Diphtherie starben 16 (18,8 pCt.). Bei 64 von 67 bakteriologisch untersuchten Fällen fanden sich Diphtheriebacillen, jedoch nur bei 8 in Reincultur. Von den 85 Fällen primärer Diphtherie boten 54 = 63 pCt. bei der Aufnahme Erscheinungen von Larynxstenose. Bei 17 von diesen 54 Fällen bildeten sich nach der Injection die Erscheinungen von Stenose wieder zurück, so dass ein operativer Eingriff nicht nöthig wurde. Bei 37 Fällen = 43.5 pCt. aller aufgenommenen Diphtheriefälle musste wegen drohender Erstickungsgefahr unmittelbar oder kurz nach der Aufnahme die Intubation vorgenommen werden. Von diesen 37 Intubationen starben 11 = 29.7 pCt. Das bisherige Minimum der Mortalität nach Intubation betrug 59,5 pCt. (1891), das Maximum 75,4 pCt. (erste 9 Monate des Jahres 1894). Die Dauer der Intubation wurde durch die Serumbehandlung wesentlich abgekürzt. Dabei sei noch erwähnt, dass «nur schwere und schwerste» Fälle Aufnahme fanden (darunter allerdings blos 9 Fälle von «septischer Diphtherie»: missfarbige, ausgebreitete Beläge auf den Mandeln, dem Zäpfchen und weichen Gaumen und foetor ex ore). Im Ganzen wurden ziemlich grosse Dosen injicirt. Auf den einzelnen Fall berechnen sich durchschnittlich 1129 Antitoxineinheiten. 20 Fälle wurden 2 mal, einer 3 mal injicirt. Der Beginn der Behandlung fällt nur bei 3 Patienten auf den 1. Tag der Erkrankung, das Maximum (51) auf den 2. bis 4. Tag, dann folgen die übrigen vom 5. bis zum 10. Tag der Erkrankung und darüber. Nebenwirkungen des Serums, besonders mehrere Exantheme, auch ein Fall von fieberhafter Gelenkaffection, kamen zur Beobachtung, direct schädigende Wirkungen auf Herz, Nieren oder andere Organe wurden nicht constatirt. Die Todesursache war bei 3 Fällen Herzlähmung, bei 10 Fällen Pneumonie und absteigender Croup, bei 2 Fällen Lymphadenitis suppurativa, bei 1 Fall septische Allgemeininfection. Weyert.

Mittheilungen

aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 7. December 1894.

Dr. Tiling hält seinen angekündigten Vortrag über die Krankheit des Charakters «moral insanity». Vortragender referirt zunächst die Krankheitsgeschichte eines 11¼-jährigen Mädchens, das aus belasteter Familie stammend, früh verwaist bei Verwandten erzogen wurde. Mit ca. 10 Jahren musste es aus dem Hause entfernt werden wegen schlechten Einflusses auf die eigenen Kinder. In der Privatpension, welcher es übergeben worden war, wurde nach Verlauf eines halben Jahres eine unabsehbare Reihe von Diebstählen und Lügengeschichten aufgedeckt; das Kind hatte unter den übrigen anfangs einen Tauschhandel eingeführt. Die Beobachtung in der Anstalt — 18. December 1892 — 18. März 1893 — ergab gute Gaben, aber Oberflächlichkeit, Widerspenstigkeit, Heftigkeit, Hochmuth, Frivolität. Ueber das Vergangene waren die Angaben unsicher, schwankend, die Erinnerung war nicht nur durch Autosuggestion, sondern auch durch vieles Examiniren verfälscht; auch dachte das Kind nicht ernst und gewissenhaft nach. Nach der Entlassung wurde noch im Jahre 1894 in Erfahrung gebracht, dass das Kind in dem Hause eines Arztes, wohin es gebracht worden, dieselben Eigenthümlichkeiten gezeigt; dazu aber auch die Neigung in sexueller Beziehung auf Abwege zu gerathen. Es hatte zum Beispiel mit einem fremden Herrn im Coupé, trotz Begleitung einer Tante ein Rendez-vous vereinbart.

In der Auseinandersetzung wendet sich Vortr. gegen die Arbeiten, welche das moralische Irresein als Abart des Schwachsinns oder der Paranoia betrachten, um dasselbe nach Vorgang der neuesten Autoren dem degenerativen Irresein zuzuzählen. Sodann geht der Vortr. zur psychologischen Analyse des Zustandes über. Er definirt denselben als Krankheit oder Mangel des Charakters, der meist angeboren ist. Der Charakter besteht darin, dass gewisse Vorstellungsgruppen, welche im Allgemeinen die Rechte und Pflichten des Individuums enthalten, eine dominirende Stellung im Bewusstsein behaupten, und dadurch auf die Ideen, Wünsche und Strebungen einwirken, die zu Handlungen führen sollen. Der Inhalt dieser Vorstellungsgruppen weist bei den einzelnen Individuen, unter Culturvölkern, keine wesentlichen Verschiedenheiten auf, aber es lässt sich eine lange Stufenleiter verfolgen, wenn man die Festigkeit dieser Grundsätze oder das Festhalten an denselben in's Auge fasst. Je weniger fest diese Grundsätze sind, desto weniger pflegen auch die Thatsachen der Erinnerung treu aufbewahrt und wiedergegeben zu werden. Menschen mit solcher Labilität erzeugen nun wohl einzelne Nachkommen, denen die Fähigkeit ganz abgeht, die erlernten Grundsätze der Moral dauernd festzuhalten oder gar anzuwenden. Diese sind dadurch allen Zufällen und ihren momentanen Strebungen ganz preisgegeben, ohne dass ihre Intelligenz darum gering zu sein braucht. Die Erfahrung lehrt sogar, dass dieser Mangel an Charakter bei reicher Ideenentwickelung, also grosser Intelligenz vorkommt. Die einfachen Rechtsbegriffe bilden einen kleinen Bruchtheil des ganzen Bewusstseinsinhalts und berühren das Gebiet tiefsinniger, geistreicher, wissenschaftlicher Ideen gar nicht. Die Moral und die Intelligenz haben nichts mit einander zu schaffen. Nachdem Vortr. das Bild solcher Defectmenschen von ihrer Kindheit an, in Freiheit und während der Internirung entworfen, weist er auf die Kluft hin welche sie von den sog. geborenen Verbrechern trennt, und hebt, nachdem er die Grenze des Physiologischen und Pathologischen festgestellt, hervor dass es gerade in der gerichtsärztlichen Praxis von Wichtigkeit wäre dieselben nicht mehr als Schwachsinnige oder Verrückte zu classificiren, weil sie solchen in den Augen des Richters zu unähnlich sind. Sie bilden eine Unterart der Degenerirten.

Dr. Ed. Schwarz hält es im Anschluss an den lehrreichen und interessanten Vortrag für praktisch wichtig auf die Persönlichkeit Nietzsches, der auch in der Baltischen Literatur im Augenblick eingehendere Beachtung gezollt wird hinzuweisen. Seine Philosophie, welche die herrschenden Anschauungen über Moral und Pflicht auf den Kopf stellt, halte er für einen Auswuchs eines moralisch Irren. Dieses müsse festgestellt werden, um dementsprechend die ganze Philosophie Nietzsches abzuthun. Wenn ihm auch die ganze Lebensgeschichte dieses Mannes nicht geläufig, so kenne er aus derselben doch einzelne Momente, die es ihm fraglos erscheinen lassen, dass Nietzsche ein moralisch Irrer — ein Degenerirter ist.

Dr. Schönfeldt constatirt mit Genugthuung dass Dr. Tiling seine frühere Ansicht, das moralische Irresein sei als Prodromalstadium der originären Verrücktheit aufzufassen, heute fallen gelassen habe. Doch scheine ihm mit der Definition der moral insanity als Krankheit des Charakters das psychologische Problem auch keineswegs gelöst, denn es müsste erst analysirt werden, aus welchen Elementen der Charakter sich entwickelt. Ihm will es scheinen, dass der Charakter im hohen Maasse von der angeborenen und fortentwickelten Intelligenz abhängig ist, ferner auch von der Umgebung, in welcher das Individuum aufgewachsen und von der Erziehung, die ihm zu Theil geworden. Die Intelligenz, d. h. die reine Verstandesthätigkeit aber muss nothwendigerweise bei den sogenannten moralisch Irren in ihrer Fortentwickelung schwer geschädigt werden, denn die Kranken sind beim Mangel an Willensenergie untüchtig zu jeder andauernden Beschäftigung, mithin unfähig in normaler Weise neue Wahrnehmungen zu machen, ihr Wissen zu bereichern, Erinnerungen und Empfindungen anzuhäufen, auf denen sonst das vernünftige Urtheil, die wichtigste Grundlage für die Bildung des Charakters ersteht. Auch in der heutigen Krankengeschichte habe er zahlreiche Symptome geistiger Schwäche finden können. Die Kranken geben in ganz mechanisch angeeigneter Form Aufklärung über Recht und Unrecht, mehr aus dem Gedächtniss, weniger aus moralischem Empfinden; die kleine Pat. hat bei aller raffinirten Schlauheit die Gebote der allergewöhnlichsten Vorsicht ausser Acht gelassen und ist auch dieses schwachsinnigen Vorgehens wegen sofort ertappt worden; sie hat sich oftmals von den Thatsachen nichts gemerkt etc.; doch ganz abgesehen davon versteht man doch allgemein unter Schwachsinn nicht nur Defecte auf rein intellectuellem Gebiete, sondern auch Insufficienzen der höheren moralischen und aesthetischen Gefühle. Schwachsinn ist eben nicht nur ein Mangel im Denken, sondern ebenso im Fühlen und Wollen, also ein Defect im psychischen Gesammtverhalten. Will Dr. Tiling den Schwachsinn als Fundament des moralischen Irreseins nicht gelten lassen, so müsste vorher eine genaue Analyse dessen gegeben werden, was unter Schwachsinn zu verstehen sei. Auch er zählt die moralisch Irren zu den Degenerirten, doch zu der imbecillen Abart derselben, weil er den Schwachsinn als die Grundlage für die Entstehung der «moral insanity» ansieht. Diese Auffassung werde auch von den meisten Psychiatern getheilt.

Dr. Tiling hält diesen Ausführungen gegenüber, dass durchaus nicht die Mehrzahl der Autoren das moralische Irresein auf Schwachsinn zurückführen. Die Deutschen thun dieses noch allenfalls, während die Engländer und Franzosen immer von krankhafter Veränderung des Charakters sprechen, ohne des Schwachsinns Erwähnung zu thun. Die deutschen Autoren sind aber in ihrer Auffassung nicht consequent; lässt sich bei gleichem Krankheitsbilde Schwachsinn nachweisen, dann reden sie von «moral insanity», wo sich dagegen gut entwickelte Intelligenz findet, da sprechen sie von «Paranoia». Eine genaue Analyse des Begriffes Schwachsinn halte er nicht für nöthig, da derselbe genügend fixirt ist, und auf psychischem Gebiete etwa dieselbe Rolle spiele, wie die Parese auf motorischem. Die moralisch Irren zeichnen sich aber gerade oft durch ganz besondere hervorragende Intelligenz, aus, wofür er Beispiele aus der Geschichte vorführt. Es finden sich bei diesen Kranken alle Grade der Intelligenz, oft gerade ein gar zu üppiger Ideenreichthum vor, während der Charakter, d. h. die Fähigkeit nach Grundsätzen von Recht, Pflicht und Moral, ihr Denken, Fühlen und Handeln zu reguliren, auffallende Defecte und Abnormitäten aufweist. Findet sich bei diesen Kranken Schwachsinn, so ist dieselbe nie als Ursache der Erkrankung, sondern nur als zufällige Complication aufzufassen.

Dr. Ed. Schwarz ist im Gegensatz zu Dr. Schönfeldt der Ansicht, dass Schwachsinn nur auf rein intellectuellem Gebiete sich bemerkbar machen könne.

Dr. Treymann erklärt, dass ihn die Definition des Charakters seitens Dr. Tiling nicht befriedige. Auch sei zu bemerken, dass die Evolutionstheorie, welche die moderne Wissenschaft und Philosophie stark beeinflusse, eine stricte Scheidung der intellectuellen und moralischen Eigenschaften der Menschen nicht zulasse. Die Umgestaltung des Charakters des Kindes bis zum Greise bei demselben Individuum beweise schon, dass der Charakter nichts Einheitliches, sondern etwas Zusammengesetztes sei. Der Charakter sei eine Vielheit geistiger Eigenschaften, angeborener und erworbener. Zu den angeborenen individuellen geistigen Eigenschaften erwerbe jeder Mensch aus der Gesammtheit der Mitmenschen, unter denen er lebe auch eine Summe altruistischer Erkenntnisse, welche seine moralische Natur begründen. Die moralischen Fähigkeiten seien also nach ihrer Entwickelung und ihrem Wesen intellectuelle Fähigkeiten. Auch der Wille des Menschen, in welchem sein Charakter sich äussert, sei weiter nichts, als die Herrschaft der Vorstellungen über die Bewegungen oder die Herrschaft der Gedanken über die instinctiven Triebhandlungen. Er glaube daher, dass das moralische Irresein entweder auf Schwachsinn oder Paranoia beruhen dürfte. Krankheit des Charakters sei im Grunde dasselbe, wie Krankheit der Seele. Es werde dadurch der alte Begriff der «Anima» wieder lebendig, der Seele, die als ein Hauch dem sterbenden Menschen entfliehe, um ein metaphysisches Leben weiterzuführen. Die mit Recht sogenannten Geisteskrankheiten liefen Gefahr, durch die Theorie der Seelenkrankheiten verdrängt zu werden.

Gegenüber Dr. Ed. Schwarz bemerkt Dr. Treymann, dass auch er sich durchaus ablehnend gegenüber dem System Nietzschescher Philosophie verhalte, dass er aber kein Symptom moral. Irresein in dem geistreichen Aufbau finden könne. Auch sei von competenten Beurtheilern (z. B. Glasenapp) darauf hingewiesen worden, dass die letzten, unmittelbar vor der Nervenkrankheit Nietzsches verfassten Werke einen bedeutenden geistigen Aufschwung aufweisen. Die Hauptsache sei aber die, dass N. wohl an einer schweren Nervenkrankheit gelitten, niemals jedoch Symptome geistiger Erkrankung gezeigt habe.

Dr. Tiling hat mit Absicht einen so complicirten Begriff wie den «Willen» nicht in seine Abhandlung hineingebracht, weil er nur mit einfachen Begriffen habe operiren wollen. Er ist sich durchaus bewusst mit seiner Definition des Charakters nicht eine erschöpfende in streng philosophischem Sinn gegeben zu haben. Es kam ihm nur darauf an den Nachweis zu liefern, dass bei den moralisch Irren, das, was man im praktischen Leben unter diesem Begriffe verstehe, mannigfache Abnormitäten aufweise. Gewiss ist der Charakter an einzelne Abschnitte des Intellects gebunden, nicht aber an den ganzen.

Dr. Ed. Schwarz hält es für wichtig, dass die psychiatrische Forschung, wenn sie sichere Fortschritte machen will nur mit feststellenden Begriffen operiren möge. Zu diesen gehört der complicirte und schwer zu analysirende Begriff «Wille» aber nicht.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Auszug aus den Protokollen d. Aerzte-Vereins zu Reval.

Sitzung vom 1. November 1893.

1. Die Herren Greiffenhagen und Hoeppener berichten über je einen Fall von Lyssa. In beiden Fällen war der Biss im Juli a. c. erfolgt, der Ausbruch der Krankheit erst im October.

2. Herr Plotnikow führt einen Mann vor, dessen rechter Fuss am 12. Juli a. c. vom Rade eines schweren Lastwagens überfahren worden war. Zwei Drittheile der Haut und Fascie der Planta pedis waren vollständig abgerissen und das letzte Drittheil hing lappenförmig, alle Sehnen am Hohlfuss waren blosgelegt, die kleine Zehe fast ganz abgetrennt, so dass sie entfernt werden musste; auch auf dem Dorsum pedis eine grössere Verletzung. Pat. ging auf die vorgeschlagene Operation nach Pirogoff nicht ein und wurde conservativ behandelt. Die meisten der blosliegenden Sehnen und ein Theil des nachgebliebenen Lappens stiessen sich gangränös ab, Pat. fieberte längere Zeit. Die Metatarsophalangealgelenke der dritten und der grossen Zehe öffneten sich und wurden ausgekratzt. Am Dorsum pedis bestand eine halbspielkartengrosse gangränescirende Fläche. Nachdem alles Brandige sich abgestossen hatte, wurden die schlaffen Granulationen fortgekratzt und Hautlappen nach Thiersch auf das Dorsum und die Planta transplantirt. Gegenwärtig ist der Fuss verheilt mit gut erhaltener Form. er ist bisher jedoch wenig brauchbar und es scheint fraglich, ob die Haut die nöthige Derbheit für eine Fusssohle erlangen wird und nicht ein Stumpf nach Pirogoff bessere Dienste leisten würde.

3. Herr Knüpffer berichtet über folgende Fälle:

a) einen Fall von Extrauteringravidität, den er am 17. Juni 1893 in der Diakonissen-Anstalt operirte und

b) einen Fall von Extrauteringravidität aus der Privatpraxis, der tödtlich endete.

Beide Fälle sind in Nr. 48 des Jahrganges 1894 der St. Petersb. Medicin. Wochenschrift veröffentlicht.

c) über einen Fall von Rectusdiastase, den er am 8. März 1893 operirte. Die Diastase bestand seit der letzten Geburt vor 2 Jahren. Nachdem die Patientin sich verschiedentlich mit Pelotten und Binden vergeblich hatte behandeln lassen, entschloss sie sich zur Operation. Während der Behandlung war zwei Monate vorher die Periode fortgeblieben. Die Untersuchung ergab Gravidität im zweiten Monat. Es wurde ein an der breitesten Stelle drei Centimeter messender Schlitz aus der Bauchhaut und dem Peritoneum ausgeschnitten, der von dem Proc. xiphoideus bis zwei Querfinger oberhalb der Symphyse reichte. Sehr sorgfältige Naht des Peritoneum, der mm. recti, die sich weit nach beiden Seiten hin retrahirt hatten und der Fascien. Am 4. Tage nach der Operation stieg die Temperatur plötzlich Abends auf 40,2, Puls 152. Zunge belegt, trocken, aufgetriebener schmerzhafter Leib. Nach einem Lavement Abgehen von reichlichen Flatus, vier sehr ausgiebige Stühle. Am Morgen darauf war die Temperatur normal. Der weitere Verlauf war ungestört. Offenbar handelte es sich um eine Koprostase, die zu so hohen Temperaturen führte. Interessant war in diesem Falle, wie sich die Operationsnarbe im Laufe der normal fortschreitenden Gravidität dunkelbraun pigmentirte und nach erfolgter Entbindung wieder vollkommen abblasste.

Sitzung am 6. December 1893.

1. Herr Landesen berichtet über zwei Fälle von acuter Laryngitis:

a) ein Weib von ca. 40 Jahren hatte einige Tage unbedeutende Erscheinungen von Seiten des Pharynx und Larynx. Nach einem Gang in die kalte Draussenluft traten sehr schnell Athmungsbeschwerden mit hochgradiger Erstickungsgefahr auf. Als Herr Landesen die Pat. 4 bis 5 Stunden später sah, hörte er schon auf der Treppe, die zum Krankenzimmer führte, den heftigen Stridor und fand die Pat. schwer dyspnoisch mit asphyktischen Anfällen und kleinem Pulse. Auf Schneecompressen und Schlucken von Schnee liessen die Erstickungsanfälle nach. Bei der laryngoskopischen Untersuchung fand sich eine hochgradige subglottische Schwellung, die erst nach einigen Tagen schwand.

b) Eine junge Frau, an schwerer Influenza erkrankt bot gleichfalls Symptome von Larynxstenose, wenn auch weniger hochgradig. Unter Schlucken von Eisstückchen liessen die Erscheinungen nach.

Herr von Rennenkampff beobachtete einen ähnlichen Fall: eine junge Frau erkrankte mit mässigem Fieber, am nächsten Tage Athemnoth, Cyanose, Aphonie. Die Stimmbänder waren geröthet, zäher Schleim im Larynx. Unter Eiscompressen und Inhalationen trat bald Besserung ein.

Im Anschluss hieran bespricht Greiffenhagen die in Reval namentlich im Herbst und Frühling häufig beobachtete Laryngitis sicca. Der Process bleibt oft nur auf den Larynx beschränkt, während Rachen und Nase normal gefunden werden. Die Patienten sind aphonisch, die Stimmbänder finden sich mit trockenen Borken belegt. Der Process ist gutartig, recidivirt aber leicht. Inhalation und energische Jodbehandlung führen meist in 2 bis 3 Wochen zur Heilung, doch können mitunter solche Fäll• Veranlassung zur Tracheotomie geben.

2. Herr Greiffenhagen berichtet aus seiner chirurgischen Praxis:

a) über zwei Strumaoperationen bei Morbus Basedowii, beide mit gutem Erfolge (Sollen in extenso veröffentlicht werden).

b) über eine beiderseitige Nephroraphie wegen Wandernieren (veröffentlicht in Nr. 5, 1894 dieser Wochenschrift).

c) über eine Resection der Vorderarmknochen im Ellenbogengelenk bei einem 10-jährigen Knaben. Derselbe war gefallen. Die Diagnose war auf Fractur des Oberarmes gestellt worden, doch stellte sich später eine complete Luxation beider Vorderarmknochen nach hinten heraus. Die Operation fand 2 Monate nach dem Fall statt, eine Resection des Olecranon nach Mosetig, und erzielte guten functionellen Erfolg. (Der Fall soll zusammen mit einem gleichen in extenso veröffentlicht werden.)

d) Demonstration eines ca. 30 Cm. langen Dünndarmstückes welches bei Gelegenheit der Radicaloperation einer mannskopfgrossen Cruralhernie bei einer 55-jährigen Frau resecirt werden musste, weil alte feste Verwachsungen desselben mit dem Bruchsack bestanden. Reactionsloser Heilungsverlauf.

3. Herr Knüpffer demonstrirt eine Parovarialcyste, die er vor 13 Tagen entfernt hat. An dem Präparat sieht man sehr schön den Charakter der Parovarialcyste, denn zwischen der Tube, die sich über den Tumor hinwegschlängelt und dem Ovarium liegt die mit wasserklarer Flüssigkeit gefüllte Cyste von Kleinkindskopfgrösse. Im Sommer 1893 war wegen Pyonephrose derselben Patientin die rechte Niere entfernt worden. Die starken Schmerzen, die im Unterleibe bestehen blieben, veranlassten eine Untersuchung. Dabei fand man einen sehr fest im Douglas liegenden schmerzhaften Tumor, der sich schliesslich hervorheben liess. — Laparotomie. — Das Peritoneum und der Tumor fanden sich bedeckt mit kleinen bis linsengrossen Cystchen, gefüllt mit heller Flüssigkeit. Verlauf gut.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Laquer empfiehlt nach dem Vorgange von Féré und Bardet als Ersatzmittel für die anorganischen Bromsalze zur Vermeidung der bei ihrem längeren Gebrauch leicht auftretenden lästigen Nebenwirkungen (Furunculose, foetor ex ore, Verdauungsstörungen etc.) das ursprünglich von Trillat dargestellte Bromaethylformin («Bromalin Merck»). Dieses stellt farblose, in Wasser sehr leicht lösliche Krystallblättchen dar, deren wässerige Lösung durchaus nicht den unangenehmen Geschmack der metallischen Bromüre besitzt; es zerfällt durch Sodalösung oder durch Kochen der wässerigen Lösung in Bromnatrium und Formaldehyd («Formol»), letzteres als Antisepticum schützt nach Férés Annahme die durch Brom in ihrer Widerstandsfähigkeit geschädigten Gewebe vor secundärer Infection, vor der Furunculose. Der Bromgehalt ist geringer als in den Bromalkalien (Bromkalium 67,2%, Bromnatrium 77,67%, Bromammonium 81,62, Bromalin 32,13%), es muss daher in der doppelten Dosis als jene verabfolgt werden. Dosen bis 9,0 und 12,0 innerhalb 3 Monaten wurden von Epileptikern anstandslos vertragen. Verordnet werden kann Bromalin in den gleichen Formen wie die metallischen Bromsalze. Pillen oder Pastillen daraus zu formen, empfiehlt Merck nicht. Der Preis des Mittels ist leider nicht angegeben. (Neurol. Centralblatt, 1895, № 1).

Vermischtes.

— Soeben bringt der Telegraph die Trauerbotschaft aus Leipzig, dass der weltberühmte Physiologe, Geh. Hofrath Dr. Carl Ludwig, langjähriger Director des physiologischen Instituts der Leipziger Universität, am 12. (24.) April aus diesem Leben geschieden ist. Einen ausführlicheren Nekrolog des um die physiologische Wissenschaft hochverdienten Gelehrten und Forschers bringen wir nächstens.

— Dr. A. L. Ebermann sen. ist zum Präsidenten des medico-philanthrophischen Comités der Kaiserlichen Philanthrophischen Gesellschaft gewählt worden. Er war bekanntlich früher viele Jahre Director der Heilanstalt der genannten Gesellschaft.

— Die Odessaer Abtheilung der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung hat in ihrer Jahresversammlung zu Ehrenrichtern die Doctoren Diatroptow, Meyer und Finkelstein gewählt.

— An der militär-medicinischen Academie haben sich mit Genehmigung der Conferenz die Doctoren Grigorjew und

Schtschegolew als Privatdocenten habilitirt, ersterer für die pathologische Anatomie, letzterer für Chirurgie.

— Christiania. Die medicinische Facultät hat eine bedeutende Erweiterung erfahren. Durch Gesetz von 21. Juli 1894 können Professoren auf begrenzte Zeit ernannt werden, welche «Zubeorderte» (tillförornade) Professore heissen. Sie haben Sitz und Stimme in der Facultät wie ordentliche Professore und dient die Maasregel dazu, dem medicinischen Unterricht grössere Stabilität zu geben und auch jedem Fach directe und selbständige Vertretung in der Facultät zu verschaffen. Zu zubeorderten Professoren sind jetzt ernannt worden:

1) Der Oberarzt und klin. Lehrer der Abth. für Hautkrankheiten am Reichshospital Boeck.

2) Dr. P. E. Poulsson für Pharmacologie und Toxicologie.

3) Der Docent für Kinderkrankheiten. Dr. A. Th. Johannessen.

4) Der Docent der Pathologie Dr. Sören Bloch Laache.

5) Der Docent für Nasen- Rachen- und Kehlkopfkrankheiten W. Ch. Uchermann.

(Norsk Megazin för Laegevidenskaben 1895 Febr).

— Die norwegische Regierung bereitet einen Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Tuberculose vor.

— Verstorben: 1) Am 11. Februar in Stawropol der dortige langjährige beliebte Arzt, Dr. Julius Schulz, im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war auf der Insel Oesel (Livland) geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1855–59 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1860 wurde Schulz Militärarzt und war Ordinator am Militärhospital in Stawropol, dann in Pjatigorsk und von 1866 an Oberarzt der 19. Artilleriebrigade wiederum in Stawropol. Im letzten türkischen Feldzuge fungirte er als Chefarzt eines Detachements bei der Einnahme von Ardahan. Im Jahre 1879 nahm er seinen Abschied und widmete sich ganz seiner ausgebreiteten Privatpraxis. Daneben leitete er das städtische Gefängnisshospital und war Arzt am Gymnasium und der weiblichen Eparchialschule. In früheren Jahren bekleidete er auch den Posten eines Ehrenfriedensrichters. 2) Im Kirchdorf Woronzowka (im Gouv. Orel) der Landschaftsarzt des Karatschewschen Kreises Leo v. Wendrich im 43. Lebensjahre. In Estland am 20. Juni 1851 geboren, bezog W. im Jahre 1872 die Universität Dorpat, an welcher er sich dem Studium der Medicin widmete und im Jahre 1880 den Arztgrad erlangte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Landschaftsarzt im Gouvernement Kursk, lebte dann in St. Petersburg und in Estland (Moisama) und fungirte in letzter Zeit als Landschaftsarzt im Gouvernement Orel. 3) Am 29. März in St. Petersburg der frühere Oberarzt der Hauptverwaltung des Gendarmeriecorps, wirkl. Staatsrath Dr. W. J. Glybowski, im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene war nach Absolvirung seiner Studien im Jahre 1860 anfangs Arzt in der Provinz, wurde aber 1870 nach St. Petersburg übergeführt, wo er längere Zeit als Arzt des Leibgarde-Jägerregiments und der Gendarmen-Division thätig war. In den letzten Jahren fungirte Gl. als Oberarzt des Stabes des Gendarmeriecorps und erfreute sich daneben einer ausgebreiteten Privatpraxis. 4) Am 31. März in Charkow der Senior der dortigen Aerzte, Staatsrath Dr. Wl. A. Frankowski, im Alter von 76 Jahren. Der verewigte hat 55 Jahre in Charkow prakticirt und gehörte zu den beliebtesten Aerzten und populärsten Männern der Stadt. Das sprach sich deutlich aus bei seinem 50-jährigen Jubiläum und ebenso bei seiner Beerdigung, an welcher sowohl alle höheren Repräsentanten der Civil- und Militärbehörden, der Universität und Stadtverwaltung, als auch das Volk in grossen Massen Theil nahm. Fast 20 Jahre hindurch fungirte F. als Deputirter der Stadtduma und Ehrenfriedensrichter und zu seinem Jubiläum wurde er zum Ehrenbürger der Stadt und Ehrenmitglied der Charkower medicinischen Gesellschaft ernannt. Seine medicininischen Studien hatte er an der Wilnaschen medico-chirurgischen Academie und dann an der Charkower Universität gemacht, an welcher er auch 1840 die Arztwürde erlangte, worauf er als Ordinator an der therapeutischen Klinik und von 1845 an viele Jahre als Arzt für die Studirenden fungirte. Obschon Dr. Frankowski eine sehr grosse Praxis hatte, so hat er doch nicht einmal soviel hinterlassen, dass die Beerdigungskosten davon bestritten werden konnten. Wie der Telegraph berichtet, hat die Beerdigung auf Kosten der Stadt stattgefunden. Die medicinische Gesellschaft hat beschlossen um die Erlaubniss nachzusuchen, durch Sammeln von Spenden ein Asyl für unheilbare Kranke auf den Namen Dr. Frankowski's am Stadthospital zu gründen.

— Wie Prof. Emil Fischer (Berlin) in der Berliner Academie der Wissenschaften vor Kurzem mittheilte, ist ihm die synthetische Darstellung des Coffeins gelungen.

— Prof. Dr. Rudolph Virchow (Berlin) ist von dem Könige von Italien mit dem Grosskreuz der königl. ital. St. Mauritius und Lazarus-Orden ausgezeichnet worden.

— Einer der ältesten Berliner Aerzte, der Geh. Sanitätsrath Dr. Klein, ein Mitschüler des Fürsten Bismarck im Berliner Gymnasium zum grauen Kloster, hat vor Kurzem seinen 80. Geburtstag gefeiert. Er ist bereits seit 1839, also 56 Jahre als Arzt thätig.

— Die Verehrer des Dr. Billings (in Amerika) der den werthvollen «Index-Catalogue of the Surgeon-Generals Office» mit grossen Unkosten herausgiebt, haben demselben 10,000 Dollar als Geschenk dargebracht.

— Der vor Kurzem in Amerika im Irrenhause verstorbene Händler mit patentirten Mitteln, Namens Hembold, soll eine jährliche Einnahme von ca. 600,000 Pfund Sterling (über 5½ Millionen Rbl. nach dem Curse) gehabt haben.

— Auf Verfügung des Ministers der Wegecommunication ist es den Regierungs- und Landschaftsärzten gestattet, alle Dienst-, Extra- und Waarenzüge der Eisenbahnen bei ihren Dienstfahrten zu benutzen. In den Zügen, in welchen keine Passagierwagen vorhanden sind, zahlen die Aerzte für die Fahrt nach dem Tarif der IV. Classe.

In den von dem Ssamara'schen Gouvernements-Landschaftsamte ausgerüsteten fliegenden Sanitätsabtheilungen zur Bekämpfung der Syphilis wird je ein Student der Medicin des fünften Cursus mit einem Monatsgehalt im Betrage von 50 Rbl. angestellt werden. Die Hinreise nach Samara und zurück geschieht auf Kosten der Landschaft. Für diese fliegenden Sanitätsabtheilungen sind auch 14 Feldscherinnen der Suworowschule beim hiesigen Kalinkinhospital engagirt worden.

— Ein gewisser A. S. Matinow hat der städtischen Heilanstalt in Tiflis 5000 Gramm Diphtherie-Heilserum, welche er aus Paris verschrieben, zum Geschenk gemacht.

— Der Gutsbesitzer Firssow hat das ihm gehörige Haus im Kirchdorf Rowenki, in welchem das Kreislandschaftshospital untergebracht ist, der Kreislandschaft in Ostrogoshsk (Gouv. Woronesh) geschenkt. Das Haus repräsentirt einen Werth von 5000 Rbl.

— In Tula tritt in nächster Zeit eine Abtheilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit in's Leben.

— Das Vermögen der Hauptverwaltung der Gesellschaft des russischen Rothen Kreuzes betrug bei der letzten Revision der Casse am 5. April 4,329,036 Rbl. 76¼ Kop. Die Gesellschaft des «Rothen Kreuzes» hat mit Genehmigung der Kaiserin Maria Feodorowna beschlossen, zum Andenken an den in Gott ruhenden Kaiser Alexander III. ein neues Asyl für alte und dienstunfähig gewordene barmherzige Schwestern des «Rothen Kreuzes» zu gründen und zu diesem Zweck 100,000 Rbl. aus dem Reservecapital angewiesen. Ausserdem soll zur Bestreitung der Kosten für dieses Asyl eine Subscription im ganzen Reich veranstaltet werden.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat einen Concurs um die Prämie des Academikers Prof. emer. Sagorski ausgeschrieben. Zum Concurse werden in russischer Sprache verfasste Handbücher über alle Zweige der normalen und pathologischen Anatomie zugelassen, welche seit dem Jahre 1892 erschienen sind. Die Verfasser müssen russische Unterthanen sein. Die Prämie beträgt 4200 Rbl. kann jedoch auch theilweise (jedoch nicht weniger als 600 R.) vergeben werden. Die Concursarbeiten müssen bis zum 1. April 1897 bei der Conferenz der Academie eingereicht werden.

— Der nächste Congress der deutschen Dermatologischen Gesellschaft soll Ende Sept. 1895 in Graz stattfinden und zwar Montag, Dienstag und Mittwoch den 23., 24. und 25. September. Als Hauptthemata sind «die Pemphigusfrage» und «die Beziehung der tertiären Lues zur Therapie in der Frühperiode» acceptirt worden. Als Referenten werden fungiren: für das Pemphigusthema die Herren Kaposi (Wien) und O. Rosenthal (Berlin), und für das Luesthema die Herren Caspary (Königsberg) und A. Neisser (Breslau).

— Für Privatiers und Pensionäre dürfte es von Interesse sein zu erfahren, dass in dem herrlichen Bad Homburg die Communalsteuer auf 90 pCt. herabgesetzt wurde.

— Der verstorbene Berliner Millionär, Banquier v. Bleichröder hat der Stadt Berlin eine Million Mark zur Errichtung einer Heilanstalt für Schwindsüchtige testamentarisch vermacht. Diese Anstalt wird laut Beschluss des Magistrats mit dem neuzuerbauenden vierten städtischen Krankenhause in Verbindung gebracht werden. Die Zahl der aufzunehmenden schwindsüchtigen Kranken ist vorläufig auf 50 normirt. Ausgeschlossen von der Aufnahme in die Anstalt sollen nur solche schwindsüchtige Kranke sein, die von dem untersuchenden Arzt als unheilbar bezeichnet werden. (A. m. C.-Ztg.)

— Wie aus Paris gemeldet wird, soll es Dr. A. Marmorek aus Wien, welcher im Institut Pasteur arbeitet, gelungen sein, das dem Streptococcus pyogenes entsprechende Antitoxin darzustellen und günstige Erfolge bei Anwendung desselben zu erzielen.

— Die Heilserumtherapie findet mit jedem Tage eine grössere Verbreitung und die Darstellung des Diphtherie Heilserums nimmt immer grössere Dimensionen an. Obschon im Institut Pasteur das genannte Heilserum in sehr grossen Quantitäten hergestellt wird, so hat doch die Stadt Rouen, welche seit Jahren ein bacteriologisches Laboratorium besitzt, unter der Leitung von Nicolle ein Laboratorium für die Diagnose der Diphtherie und die Bereitung des Heilserums in's Leben gerufen. Dank der Opferfreudigkeit der Bevölkerung sind durch das örtliche Blatt «Journal de Rouen» auf dem Wege der Subscription 77,000 Frcs. zu diesem Zweck gesammelt worden, so dass das Laboratorium sehr rasch eingerichtet werden konnte.

In Amsterdam wird das von Prof. Forster hergestellte Diphtherie-Heilserum in nächster Zeit zur Ausgabe gelangen. Auf schriftliches Ersuchen der Aerzte wird dasselbe an die Bedürftigen kostenfrei abgelassen werden.

— Die Choleraepidemie in Russland ist jetzt nur noch auf zwei Gouvernements beschränkt. In Wolhynien sind vom 5. bis 25. März 112 Neuerkrankungen, 36 Todesfälle und in Podolien vom 12. März bis 1. April nur 22 Erkrankungen und 13 Todesfälle an der Cholera vorgekommen.

In Calcutta (Ostindien) starben vom 17. Februar bis 2. März n. St. 52 Personen an der Cholera.

— Auch aus Mekka wird der Ausbruch der Cholera unter den Pilgern amtlich gemeldet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 2. April d. J. 6539 (340 weniger als in d. Vorwoche), darunter 300 Typhus — (7 mehr), 730 Syphilis — (22 weniger), 85 Scharlach — (13 weniger), 33 Diphtherie — (4 weniger), 26 Masern — (5 weniger) und 22 Pockenkranke (4 weniger).

Am 8. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 6532 (7 weniger als in der Vorwoche), darunter 317 Typhus — (17 mehr), 705 Syphilis — (25 wen.), 77 Scharlach — (8 wen.), 29 Diphtherie — (4 wen.), 37 Masern (11 mehr) und 17 Pockenkranke (5 mehr) als in der Vorwoche.

Vacanzen.

1) Landschaftsarztstelle im Kreise Glasow (Gouvernement Wjatka). Wohnsitz im Kirchdorfe Sjusdino-Afonasjewskoje. Gehalt 1500 Rbl. jährlich. Adresse: Глазовская Земская Управа».

2) Landschaftsarztstelle im Kreise Mariupol (Gouv. Jekaterinoslaw). Geh. 1000 R. und 200 Rbl. Quartiergeld. Adresse: «Маріупольская Земская Управа».

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. April 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0–6 Mon.	7–12 Mon.	1–5 Jahr.	6–10 Jahr.	11–15 Jahr.	16–20 Jahr.	21–30 Jahr.	31–40 Jahr.	41–50 Jahr.	51–60 Jahr.	61–70 Jahr.	71–80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
402	311	713	142	52	94	12	8	24	75	70	54	64	55	46	10	7

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 6, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 17, Diphtherie 7, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 46, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 32, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Todtgeborene 34.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 25. April 1895.

Tagesordnung: Dr. Selenkoff: «Betrachtungen über medicinische Therapie und die sogenannte Naturheilkunde».

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 17. April 1895.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1894 über 767,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebl Wildunger Salz** ist nur ein künstl. **zum Theil unlösliches** und nahezu werthloses Fabrikat. Schriften gratis. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen Hof** erledigt:
(45) 8—1 **Die Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actien-Gesellschaft.**

Guajacolcarbonat

ist

absolut frei von Aetzwirkung.

Total geruchlos und geschmackfrei, deshalb selbst von den empfindlichsten Patienten, auch in grossen Dosen gern genommen **und gut vertragen;** kein Uebelsein, kein Durchfall.

Verkauf durch die Grossdroguenhandlungen und die Apotheken.
Litteraturabdrücke durch

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

(12) 13—7

Medicinische Bücher und Zeitschriften bei Krüger & Co. Leipzig, **billigst.**
Ausführliche Antiquariats-Kataloge gratis. (40) 3—3

OSTSEEBAD SASSNITZ.

Aufenthalt Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin i. J. 1890.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Herrliche Buchenwaldungen — geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin. Viermal wöchentlich Dampferverbindung mit Kopenhagen. Eisenbahn-, Post- und Telegraphenstation. Prospecte gratis. Weitere Auskunft ertheilt bereitwilligst
(46) 7—1 **die Badeverwaltung.**

Privat-Heil- und Pflegeanstalt „Berolinum"

(35) 6—2 für Gemüths- und Nervenkranke.

Steglitz bei Berlin. Ecke Berliner- und Victoriastrasse.

Direction: **Sanitäts-Rath Dr. Jastrowicz, Dr. James Fraenkel, Dr. Albert Oliven,** Besitzer.

Bahnstation: Wannseebahn «Steglitz», Anhalter Bahn «Südende».

Die Münchener Patent-Universal-Stuhlfabrik von Schöberl



empfiehlt den Herren Aerzten directe Lieferung ihres weltbekannten, dem Patent-Universalstuhl analogen, speciell für Operations- und gynäkolog. Zwecke construirten

Operationsstuhles,

welcher in alle Lagen verstellbar, als Tisch, Stuhl etc. verwendbar, v. H. Geh.-Rath **Dr. Ritter von Nussbaum** und vielen anderen Coryphäen d. Chir. rühml. empfohlen ist

J. Schöberl, Fabrikant, herzogl. bayr. und grossherzgl. bad. Hoflieferant, München.

Auf Wunsch illustr. Preiscourant gratis und franco. (52) 4—1

Schwefelbad

TRENCSIN-TEPLITZ

in Oberungarn.

Bahnstation Tepla-Trencsin-Teplitz.

Kräftigste Schwefelbäder der öst.-ung. Monarchie mit naturwarmen Quellen von 28 bis 30° R. 6 ständige Badeärzte. Comfortabel und billig. Brochüren versendet gratis
(50) 4—1 **Die Badedirection.**

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien: (47) 1—1

Seh-Proben

von

Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **C. Schweigger.**
Dritte verbesserte Auflage.
1895. 4 Mark.

KRANKENHEILER

Quellwasser Bernhardsquelle (Jodsodaschwefel-), Johann-Georgenquelle (Jodsodawasser). Zu Trinkkuren. (26) 10—2

Quellsalzpastillen.

Quellsalzlauge oder aber Quellsalz, beide durch Eindampfen des Quellwassers gewonnen zur Bereitung von Bädern im Hause.

Quellsalzseife No. I (**Jodsodaseife**), zugleich vorzügliche Toiletteseife.

Quellsalzseife No. II (Jodsodaschwefelseife), medicinische Seife.

Quellsalzseife No. III (verstärkte Quellsalzseife).

Seifengeist.

Man achte beim Einkauf genau auf die Namen und die Schutzmarke mit der Inschrift **„Bad Krankenheil"**. Vorräthig in allen grösseren **Apotheken, Droguen- und Mineralwassergeschäften.** Auf Wunsch auch **directe** Zusendung durch das Verkaufsbureau der Jodsodaschwefelquellen zu Krankenheil bei Tölz, Oberbayer. Gebirg.

Preiscourante und Gebrauchsanweisungen gratis und franco.



Dr. med. C. Beste **Bad Nauheim.**

Дозв. ценз. Спб. 15 Апрѣля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 16 St. Petersburg, 22. April (4. Mai) **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — Emanuel Kahn: Placenta praevia centralis, Zwillingsschwangerschaft. Gehirnembolie. — Referate: A. Chelmonski (Warschau): Klinische Untersuchungen über die Wirkung äusserer localer Reize. — Prof. Verneuil: Nasenbluten bei Kindern. — Le Gendre: Hydrotherapie bei Lungenentzündung. — Bücheranzeigen und Besprechungen: v. Krafft-Ebing: Gerichtliche Psychopathologie. — M. Brenning: Die Vergiftungen durch Schlangen. — Prof. Dr. C. Posner: Therapie der Harnkrankheiten. — Prof. Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg. — Kleinere Mittheilungen und therap. Notizen. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R.*)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Fall VI.

Die 47-jährige Kranke, finnische Bäuerin, litt seit mehreren Jahren an Herzklopfen und Athemnoth. Vor einem Jahre war auch zeitweilig Oedem aufgetreten. Ruhe brachte Besserung. — Bei der Aufnahme fanden sich Cyanose, starkes Oedem der unteren Körperhälfte, Stauungsleber, Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts und links und ein systolisches Geräusch neben dem ersten Ton an der Herzspitze. Eine Woche später gelangte Patientin in meine Beobachtung. Oedem und Cyanose waren vollständig geschwunden. Leber nur noch wenig geschwellt. Harn Albumenfrei. Thorax sagittal bedeutend erweitert. Lungen stark emphysematös. Herzdämpfung vom rechten Sternalrand bis ½ Querf. über die linke Mamlinie. Spitzenstoss im 5 JR. In beiden Körperhaltungen reine Herztöne. Die Töne des linken Herzens accentuirt. Deutlich nachweisbare Sclerose aller sichtbaren Arterien. Puls regelmässig.

Während des 8-wöchentlichen Hospitalaufenthaltes waren die täglichen Harnmengen bei niedrigem, um 1010 schwankendem spec. Gewicht anhaltend gesteigert (bis zu 2600 Cm^3.) Das sonst gute Allgemeinbefinden wurde bis zum Schluss der Beobachtung durch sehr häufig erfolgte Anfälle von Herzklopfen gestört, wobei jedesmal der ohnehin gesteigerte Blutdruck zu aussergewöhnlicher Höhe aufschnellte. Dieses Herzklopfen trat nur unter Tags auf, meist für die Dauer von nur wenigen Minuten, am häufigsten nach psychischen Affecten (Schreck, Aerger), zu denen die sehr erregbare Kranke leicht geneigt war, — weniger häufig nach körperlichen Bewegungen, manchmal auch ohne nachweisbare Ursache. Seine gewöhnlichen und der Dauer nach mit ihm zusammenfallenden Begleitsymptome waren ein auf Gesicht und Brust beschränktes Erythem, Oppressionsgefühl, manchmal auch Pupillenerweiterung. Eingeleitet wurde jeder Anfall dagegen von einer kurzdauernden erheblichen Pulsbeschleunigung, wobei häufig stichartige, auf die Herzgegend beschränkte Empfindungen vorhanden waren. Das erwähnte systolische Geräusch wurde nur noch 2 Mal während solcher Anfälle bei sehr stürmischer Herzaction gehört, das eine Mal nur bei liegender, das andre Mal nur bei stehender Haltung. Die geringe Vergrösserung der Herzdämpfung nach links und das Ueberwiegen der Töne des linken Herzens blieben unverändert.

*) cf. diese Wochenschrift № 1, 4, 7 und 11.

Die Unbeständigkeit des an der Herzspitze gehörten Geräusches verbietet die Annahme, dass eine organische oder relative Mitralinsufficienz bestanden habe. Die zu Anfang beobachtete Stauung muss angesichts der damals constatirten Erweiterung der Herzdämpfung nach rechts zweifellos auf stattgehabte Insufficienz des rechten Herzens bezogen werden, deren Zustandekommen bei so starkem Lungenemphysem ja leicht möglich war.

Dass die potentielle Energie des linken Ventrikels so hinreichend war, dass alle früher aufgetretenen Insufficienzerscheinungen des Herzens nur auf Versagen seiner rechten Abtheilung bezogen werden konnten, lehrten mit Bestimmtheit die Anfälle von Herzklopfen. Denn diese Erscheinungen können unmöglich auf nervöse Erschöpfung zurückgeführt werden. Wir wissen, dass die von Seeligmüller so benannte «nervöse Herzschwäche» durchaus nicht mit Arbeitsvermehrung verbunden ist, die Arbeit des «irritable heart» (Fothergill) ist nur anders vertheilt. Hier aber waren Herzklopfen und Blutdruckerhöhung zusammenfallend — die Belastung des linken Ventrikels war also sicherlich jedesmal gesteigert, seine Arbeit vermehrt. Ueberdies legten die Gegenwart der allgemeinen Arteriosclerose und der Hypertrophie des linken Ventrikels eine andere zwanglose Deutung nahe. Nahm man an, dass, wie so häufig, die allgemeine Sclerose auch zur Entwickelung einer interstitiellen Nephritis geführt hatte, so waren der mittlere Hochstand des Blutdrucks, die anhaltend reichliche Ausscheidung eines specifisch leichten Harns und die Hypertrophie des linken Ventrikels auf eine einheitliche Basis gebracht. In solchem Rahmen konnte das Herzklopfen mit gutem Recht auf Sclerose der Coronararterien bezogen werden, um so eher als jene Pulsbeschleunigungen bei den geringfügigsten Anlässen, jenes Oppressionsgefühl, jene Stiche in der Herzgegend sich mit den Anfangssymptomen dieser Krankheit voll-

ständig decken. Selbst G. Sée (l. c.) behauptet noch, dass das Herzklopfen zu Anfang dieser Erkrankung manchmal auch «nur subjectiv» sei und von einer Störung der Sensibilität der Herznerven abzuhängen scheine. Dem würden also diejenigen Anfälle unserer Kranken entsprochen haben, die anscheinend von keiner Pulsbeschleunigung begleitet waren. Wir wissen nun aber, dass auch in solchen Fällen der Blutdruck abnorm gesteigert war, und dass die Empfindungen der Kranken mithin in keinem Falle eines genügenden, objectiv nachweisbaren Untergrundes entbehrten.

Das führt zur Frage, ob die plötzlichen Erhebungen des Blutdrucks Ursache oder Wirkung des Herzklopfens waren? Landois, Eulenburg und Nothnagel haben bekanntlich als Angina pectoris vasomotoria Anfälle beschrieben, welche mit plötzlich auftretendem allgemeinem Gefässkrampfe einhergehen. Für das klinische Bild dieser Krankheitsform bieten die plötzlich auftretende allgemeine Blässe, die Kälte und Cyanose der Extremitäten neben den objectiven und subjectiven Erscheinungen am Herzen die unverkennbaren Charaktere. Von alledem bei dieser Kranken keine Spur. Und doch liessen auch in diesem Falle das Verhalten des Blutdrucks und des Pulses während der Anfälle eine intensive Erregung des vasomotorischen Centrums nicht wohl ausschliessen. Bei Besprechung der Pulsverhältnisse soll der Beweis dafür erbracht werden, dass die reflectorische Erregung der die Herzaction beschleunigenden Nerven das Primäre eines jeden Anfalles bildete. Wir haben uns zu denken, dass unter solcher beschleunigter Herzpulsion zunächst Aufschnellen des Blutdrucks erfolgte, und das dadurch Reizung der Gefässganglien (mit partieller Angioparalyse-Erythem!) und reflectorische Erregung des vasomotorischen Centrums (Pupillenerweiterung!) stattfand. Angesichts der meist nur zu Beginn der Anfälle beobachteten Pulsbeschleunigung erscheint es nicht unwahrscheinlich, dass der Reizzustand des die Herzthätigkeit beschleunigenden Centrums für gewöhnlich von der Erregung des vasomotorischen Centrums überdauert wurde, wenngleich es nicht ausgeschlossen ist, dass die Wirkungen jenes durch eine nachträgliche Miterregung des herzhemmenden Centrums paralysirt wurden.

Diese Hypothese vom physiologischen Gefüge dieser Anfälle stützt sich auf die Controlluntersuchungen des Pulses. Der Werth dieser Aufdeckungen für die Klinik liegt in dem sicheren Nachweis, dass diese Anfälle von Herzklopfen nicht Ausdruck einer plötzlich einsetzenden Herzschwäche sind. Denn das Herz leistet während ihrer Dauer mehr als in den Zwischenzeiten, und diese Mehrarbeit wird, wie es scheint, für's Erste ohne greifbaren Nachtheil von den Reservekräften erfüllt. Ob indessen angesichts der Häufung solcher Anfälle aus diesen fort und fort wiederkehrenden Anspannungen mit der Zeit nicht doch auch musculäre Ueberanstrengungen des Herzens zu erwarten seien, lässt sich auf Grund nur einer kurzen Beobachtung — nicht leugnen, um so weniger als wahrscheinlich progressive Ernährungsstörungen des Herzens und seiner empfindsamsten, nervösen Elemente die Grundursache zu solcher Erkrankung abgeben.

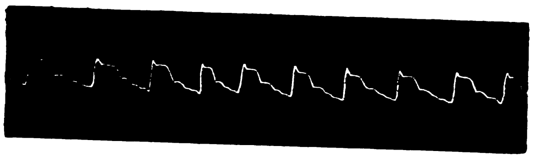
Nur 3 Mal konnte der Blutdruck bei gewöhnlichen Arbeitsbedingungen des Herzens gemessen werden; das Mittel aus diesen 3 Zahlen verhält sich zu dem aus 9 während des Herzklopfens gemachten Messungen, wie 146,3 : 202,2. Mithin hatte der Blutdruck durch das Herzklopfen im Mittel einen Zuwachs von 56,1 erhalten. Unmittelbar nach Beginn des Herzklopfens wurde der Blutdruck 7 Mal gemessen; 2 Mal hatte das Herzklopfen schon längere Zeit vor der Untersuchung begonnen. Das Mittel jener 7 verhält sich zu dem dieser 2 Messungen wie 207 : 186. Es ist also anzunehmen, dass die höchste Steigerung des Blutdruckes zu Beginn jener Anfälle erfolgte.

Die durchschnittliche Pulsfrequenz betrug in den 3 Versuchen, die bei gewöhnlicher Herzaction stattfanden, 85,3—105,3. Berechnet man die mittleren Frequenzwerthe derjenigen Zählungen, die mit dem Beginn der Anfälle von Herzklopfen zusammenfielen, so ergiebt sich, dass diese Zahlen 113,1—125,1 in beiden Körperhaltungen sich beträchtlich über die Norm erhoben haben. Dagegen erweisen sich die Durchschnittswerthe derjenigen Zählungen, die erst nach längerer Dauer des Herzklopfens gewonnen wurden, 86—100 nicht höher als die Norm. Dieser nach primärer Beschleunigung der Herzaction im Verlauf aller beobachteten Anfälle d. h. noch während ihrer Dauer mit grosser Präcision aufgetretene secundäre Abfall der Pulsfrequenz zur Norm ist der eine Stützpunkt für die aufgestellte Hypothese.

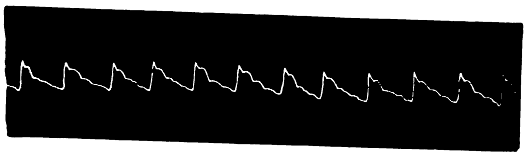
Der zweite Beleg wurde aus den sphygmographischen Controllaufnahmen gewonnen. Das erste Mal ist die Untersuchung erst vorgenommen worden, als das Herzklopfen schon geraume Zeit vordem begonnen hatte. Bd war 182, P 88—100. Die bei einer Belastung von 30 erhaltenen Curven 65 und 66 zeigen in beiden Körperhaltungen alle Charaktere sehr hoher Arterienspannung. Dabei sind Vc und Asp im Liegen stärker als im Stehen — Das zweite Mal beginnt mit dem Herzklopfen auch die Untersuchung. Bd ist 220, P 120—120! Trotz der um 10 höheren Belastung ist Vc (Curven 72 und 73) in beiden Körperhaltungen nicht niedriger, die Arterienspannung erweist sich dagegen in beiden Körperhaltungen um Vieles geringer, als in den Curven 65 und 66. Dabei überwiegen auch hier Vc und Asp im Liegen. Die Höhe des Blutdruckes ist also in diesem Falle eine directe Folge der plötzlich vermehrten und verstärkten Herzpulsion, — quod erat demonstrandum.

Die normale mittlere Respirationsfrequenz war 16,7. Dagegen erhob sich die durchschnittliche Frequenz zu Anfang der Anfälle auf 22,6 und erhielt sich, auch nachdem das Herzklopfen bereits einige Zeit angedauert hatte, auf 22. (Vagusreizung?)

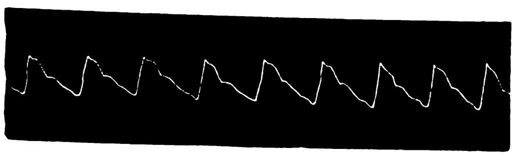
2 Mal begann im Bade selbst ein Anfall von Herzklopfen, 3 Mal dauerte das schon während der Voruntersuchung vorhanden gewesene Herzklopfen auch im Bade noch fort, und 7 Mal konnte Bd bei Abwesenheit solcher Beeinflussung gemessen werden. Die Durchschnittszahlen für den Blutdruck dieser 3 Gruppen verhalten sich wie 133 : 139 : 111,7. Während des Anfalles sank also der Blutdruck im Bade von 186 auf 139 — und bei gewöhnlichen Bedingungen von 146,3 auf 111,7. Gar keine resp. die geringste Abnahme fand statt, wenn das Herzklopfen erst im Bade einsetzte, vordem die Herzaction dagegen nicht alterirt war. Am grössten gestaltete sich das Sinken des Blutdrucks, wenn das vorher bestandene Herzklopfen schon vor dem Bade beendet war; dieser Fall traf 6 Mal ein. Berechnet man die Mittelzahlen dieser Messungen vor und im Bade, so ergiebt sich ein Verhältniss von 200,2 : 111,3. — Nach Beendigung des Bades waren die Bdverhältnisse folgende. Während der I 1/4 hor war Bd 5 Mal durch Herzklopfen in besonderem Grade erhöht (im Durchschnitt 185,4), das Mittel der übrigen 3 Messungen ist 133. — Während der II 1/4 hor war Bd 1 Mal sofort nach Beginn des Herzklopfens untersucht, 215, — 4 Mal, in einer späteren Periode des Herzklopfens gemessen, war Bd im Durchschnitt 184,8 und 3 Mal, in anfallsfreier Zeit untersucht, = 136,3. — Während der II 1/2 hor war Bd 2 Mal durch Herzklopfen besonders erhöht (im Durchschnitt 173); das Mittel der übrigen 8 Zahlen ist 152,6. — Das Verhalten des Blutdruckes vor, in und nach dem Bade lässt sich, soweit es in allen diesen Mittelwerthen erkennbar ist, aus folgender Tabelle leicht übersehen. Die eingeklammerten Zahlen entsprechen den Mitteln derjenigen Messungen, die zu Beginn des Herzklopfens gemacht worden sind.



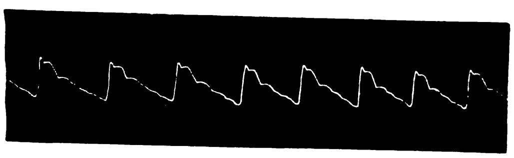
65



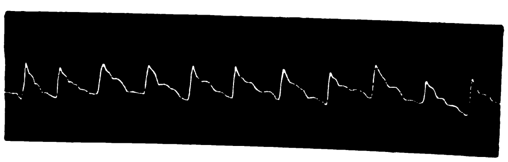
66



67



68



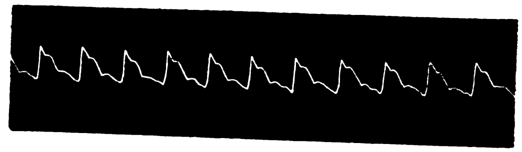
69



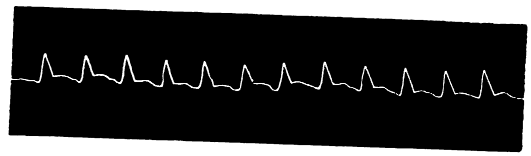
70



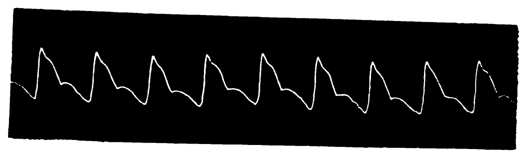
71



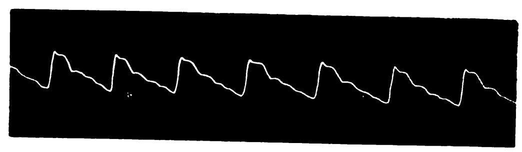
72



73



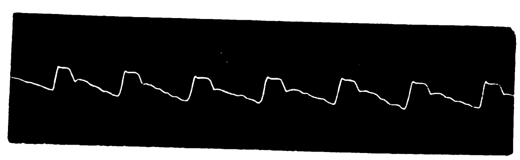
74



75



76



77



78

	Vordem	Bad	Nachdem		
Norm	146,3	111,7	133	136,3	152,6
Anfall. . . .	(207) 186	(133) 139	185,4	(215) 184,8	173
Allg. Mittel	188,3	122,8	165,8	172,9	159,7
			I 1/4 hor	II 1/4 hor	II 1/2 hor

2 Mal begann im Bade Herzklopfen, und der Puls stieg im Durchschnitt auf 110. 3 Mal dauerte das Herzklopfen im Bade noch fort mit einer durchschnittlichen Pulsfrequenz von 93,3. Das Mittel aus den übrigen 7 Zählungen beträgt 87. Die grösste Abnahme der Pulsfrequenz fand statt, wenn das Herzklopfen zu Beginn der Voruntersuchung eingesetzt hatte, im Bade aber bereits beendet war. Die betreffenden Mittelzahlen verhalten sich wie 109—128 (118,5) : 91,3. — Aus den 8 Untersuchungen der I 1/4 hor nach dem Bade sind 5 bei fortdauerndem Herzklopfen, d. h. nicht unmittelbar nach dessen Beginn gemacht worden, und 3 in anfallsfreier Zeit. Die Mittelwerthe jener verhalten sich zu den Mittelwerthen dieser wie 85,6 — 103,2 : 77,3 — 101,3. — Während der II 1/4 hor geschah ein Mal die Zählung unmittelbar nach Beginn des Herzklopfens und ergab 120—128. 4 Mal erfolgte die Untersuchung bei fortdauerndem Herzklopfen und ergab im Mittel 84,5 — 99. Der Durchschnitt aus den übrigen 3 Zählungen ist 68—93,3. — Während der II 1/2 hor war die Untersuchung nur 2 Mal bei fortdauerndem Herzklopfen erfolgt und ergab im Mittel 98—118. Die übrigen 8 Zählungen haben zum Mittel 75,5—90,3. — Diese Schwankungen der Pulsfrequenz sind, soweit sie vom Einfluss der angewandten Bäder und vom Herzklopfen abhängig waren, in folgender Tabelle der Mittelwerthe übersichtlich geordnet.

	Vordem	Bad	Nachdem		
Allg. Mittel	101,7–116	94	82,5-102,5	82,8-100,5	78,6—97
Norm	85,3-105,3 95,3	87	77,3-101,3 89,3	68—93,3 80,7	75,5—90,3 82,9
Diff.	20	—	24	25,3	14,8
Anfall. . . .	(113,1-125,1) 86—100 93	(110) 93,3	85—103,2 94,4	(120--128) 84,5—99 91,6	98—118 108
Diff.	14	—	17.6	14,5	20
			I 1/4 hor	II 1/4 hor	II 1/2 hor

Von besonderem Interesse ist der Umstand, dass die zu Beginn der Anfälle des Herzklopfens allemal beobachtete Pulsbeschleunigung auch dann nicht ausblieb, wenn der Anfall im Bade oder noch während dessen Nachwirkung einsetzte.

Vergleicht man die beiden Curvenreihen, so ist vor Allem festzuhalten, dass das erste Mal das Herzklopfen schon vor der Untersuchung im Bade beendet war, und dass auch die nachfolgenden Messungen in anfallsfreier Zeit gemacht worden sind; das zweite Mal dagegen fand nur die letzte Untersuchung nach dem Bade nach Beendigung des Anfalles statt, die vorangegangenen erfolgten dagegen während des Herzklopfens. I. Bd ist im Bade von 182 auf 128 gesunken; Puls 80. Vc (Curve 67) hat quantitativ ab- und qualitativ zugenommen, Asp ist schwächer geworden. 20′ nach dem Bade ist Bd auf 137 gestiegen. Asp ist im Liegen (Curve 68) fast ebenso stark wie vor dem Bade, d. h. während des Herzklopfens, und die Höhe von Vc ist dessenungeachtet nur wenig geringer als im Bade. Der relativ niedrige Stand des Blutdrucks ist also offenbar durch die bedeutende Frequenzabnahme des Pulses bedingt (68). Im Stehen (Curve 69) ist die Frequenz die gleiche wie vor dem Bade (100), auch die Höhe von Vc ist wieder die gleiche wie in Curve 66, dagegen ist Asp bedeutend niedriger wie vor dem Bade. 45′ nach Beendigung des Bades ist Bd auf 158 gestiegen. Diese Steigerung trotz qualitativer Abnahme von Vc im Liegen (Curve 70) muss auf das deutliche Anwachsen von Asp und auf die Vermehrung der Pulsfrequenz (72) bezogen werden. Im Stehen (Curve 71) ist Vc quantitativ und qualitativ niedriger als vordem, Asp ist aber gestiegen. Der Effect der warmen Bäder bestand also erstens in einer vorübergehenden qualitativen Hebung und quantitativen Herabsetzung der Herzpulsion und zweitens in einer während der ersten nachfolgenden Stunde fortlaufenden Steigerung der Arterienspannung. — Bei II sind alle Sphygmogramme bei einer um 10 höheren Belastung aufgenommen worden. Bd ist während anhaltenden Herzklopfens im Bade von 220 auf 136, und P auf 88 gesunken. Vc (Curve 74) hat qualitativ sehr stark zugenommen. Asp lässt keine Abweichung von Asp in Curve 72 erkennen. 5′ nach dem Bade ist bei fortdauerndem Herzklopfen Bd auf 205 angestiegen. Vc (Curve 75) ist höher wie zu Anfang des Versuchs, die Arterienspannung ist stark vermehrt. Puls nur 80. Die Aehnlichkeit dieses Sphygmogrammes mit Curve 68 ist sehr auffallend, bedenkt man aber, dass Curve 75 bei einer viel stärkeren Belastung erhalten ist, so ist auch der viel höhere Stand des Blutdrucks aus dem Zusammenwirken der energischeren Ventrikelpulsion und stärkeren Arterienspannung erklärlich. Diese Curve kennzeichnet sich in deutlicher Weise als Product zweier gesonderter Wirkungen, derjenigen des zweiten Stadiums des Herzklopfens (Vermehrung des Arterientonus) und derjenigen des Bades (Hebung von Vc). Im Stehen (Curve 76) ist die Höhe von Vc wie zu Anfang des Versuchs, die Pulsfrequenz (92) hat abgenommen. und Asp ist bedeutend höher wie vor dem Bade. 35′ nach dem Bade ist nach Beendigung des Anfalls Bd auf 140 gesunken, Puls 80. Die Arterienspannung (Curve 77) hat nicht viel abgenommen, Vc ist aber viel niedriger geworden. Im Stehen (Curve 78) ist Asp fortlaufend gestiegen, und Vc nur quantitativ (Puls 88) gefallen.

Die Respirationsfrequenz stieg im Bade 2 Mal beim Auftreten von Herzklopfen im Durchschnitt von 14 auf 30. 3 Mal dauerte das Herzklopfen im Bade fort mit einer mittleren Respirationsfrequenz von 21,3. Das Mittel aus den übrigen 7 Zahlen ist 22,5. — Nach Beendigung des Bades ist die mittlere Respirationsfrequenz in der I 1/4 hor bei Herzklopfen 17,5, sonst = 17,3; in der II 1/4 hor bei Herzklopfen = 22,5 und unmittelbar nach Beginn des Anfalles = 30, im Uebrigen 17,3; in der II 1/2 hor bei Herzklopfen = 15, in anfallsfreier Zeit 15,1. Die Uebersicht dieser Mittelwerthe ist in folgender Tabelle gegeben.

	Vordem.	Bad.	Nachdem.		
Allg. Mittel	21,1	23,3	17,3	21,5	16,8
Norm	16,7	22,5	17,3	17,3	15,1
Anfall. . . .	(22,6) 22	(30) 21,3	17,5	(30) 22,5	15
			I 1/4 hor	II 1/4 hor	II 1/2 hor

Folgerungen.

1) Es ist zu erwarten, dass aus weiteren Prüfungen des Verhaltens von Blutdruck und Puls während des sogenannten Herzklopfens die klinische Diagnose der Natur dieser Anfälle wesentlich gefördert werden wird.

2) Soweit vorliegende Beobachtung zu Schlüssen in solcher Richtung berechtigt, scheinen zu den frühesten objectiven Symptomen der Coronararteriensclerose regellos und plötzlich auftretende Pulsbeschleunigungen und gleichzeitig mit diesen beginnende und sie überdauernde Blutdruckerhöhungen zu gehören. Da die Frequenzzunahme des Pulses nur zu Anfang der Anfälle, die Blutdruckerhöhung aber regelmässig so lange nachweisbar war, als noch die Empfindung des «Herzklopfens» vorhanden war, so war die Dauer der Blutdruckerhöhung für die Dauer der Anfälle maassgebend. Es ist mit anderen Worten der Begriff des «subjectiven Herzklopfens» in solchen Fällen nicht mehr zulässig.

3) Da Anfälle solcher Art fort und fort wiederkehrende Ansprüche an die Reservekräfte des linken Herzens stellen, so ist als Richtschnur jeglicher Behandlung solcher Kranken von vornherein Schonung der Herzkraft zu fordern.

4) Obwol durch die warmen Bäder ungünstig auf die Herzarbeit rückwirkende Widerstandswahrnehmungen im Venenstrom des grossen Kreislaufs nicht herbeigeführt wurden, und trotzdem der Eindruck gewonnen wurde, als wenn das warme Bad an sich zur Auslösung des Herzklopfens Nichts beitrage, ist doch die Frage, ob die allgemeine Wirkung der Bäder in diesem Falle eine günstige genannt werden darf, voll zu beantworten nicht möglich. Denn es kann vorläufig nicht mehr gesagt werden, als dass die Annahme berechtigt zu sein scheint, dass die gefässentspannende Wirkung des warmen Bades zur directen Bekämpfung solchen mit Erregung des vasomotorischen Centrums einhergehenden Herzklopfens verwandt werden darf.

Placenta praevia centralis, Zwillingsschwangerschaft, Gehirnembolie.

Vortrag, gehalten am 12. December 1894 in der med. Gesellschaft zu Wilna.

Von

Dr. med. Emanuel Kahn.

B. B. 23 J. alt, seit 2½ Jahren verheirathet, war stets 4 wöchentlich und 4—5 tägig menstruirt, machte die erste normale Geburt vor 1½ Jahren durch; seit der Zeit will sie an ausserordentlich starkem Ausfluss gelitten haben. Letzte Regel im Mai 1894.

In der Zeit der Schwangerschaft hätte sich drei mal mässig Blut gezeigt. Seit 2 Wochen seien die Blutungen stärker geworden, und als noch Schmerzen hinzutraten, sah sich die Kranke veranlasst, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Am 30. Oct., 1 Uhr Nachm. sah ich die Kranke zum ersten Male, sie sah sehr anämisch aus und hatte nach Aussagen der Hebamme bereits eine bedeutende Menge Blut verloren.

Die Kranke leidet ausserdem im Augenblicke an einem acuten Bronchialcatarrh. Temp. 38,0 C. Puls 84.

Der Uterus befand sich in Nabelhöhe, war schwach contrahirt und fühlte sich weich elastisch an. Kindstheile waren undeutlich zu fühlen. Linkerseits konnten bei genauerer Auscultation sehr leise Herztöne neben Uteringeräuschen wahrgenommen werden. Bei der vaginalen Untersuchung lässt sich constatiren, dass der äussere Muttermund kaum für zwei Finger durchgängig ist; im Cervicalcanal fühlt man ein etwa klein hühnereigrosses Stück Placenta im convexen Bogen hervorragen. Beim vorsichtigen Umkreisen der Placenta, wobei ich dieselbe ringsherum etwas löste, um weiteren Blutungen bei Einsetzen der Wehen vorzubeugen, liess sich eben nichts weiter als placentares Gewebe fühlen.

Es war vorauszusetzen, dass wir es hier mit einer centralen Placenta praevia zu thun hatten.

Für's Erste verhielt ich mich abwartend. Es wurden heisse Irrigationen gemacht und die Scheide tamponirt. Die Blutung stand.

Nach 10 Stunden, etwa 11 Uhr Abends wurde die Blutung so äusserst heftig, dass ohne weiteres eingegriffen werden musste, um so mehr als der Muttermund bereits für gut 3 Finger durchgängig war. Auch jetzt war nichts als Placenta zu fühlen.

Beim Versuch an irgend einer Stelle zwischen Placenta und Uteruswand zur Blase zu gelangen, stiess ich durch Verwachsungen auf grosse Schwierigkeiten und da die Blutung immer heftiger wurde, ging ich mitten durch die Placenta hindurch, wobei eine abnorm grosse Menge Fruchtwasser mit etwas Blut vermischt hervorstürzte.

Der Foetus war in Kopflage und wurde sofort leicht extrahirt, da er sich zur Tamponade als ungeeignet erwies; er war 18 Cm. lang, männlichen Geschlechts und lebend, starb jedoch bald nach einigen leichten Zuckungen ab. Während der Manipulation konnte man die unteren Extremitäten eines 2. Fötus durch die 2. Blase hindurchfühlen.

Da die Blutung stand, verhielt ich mich weiter abwartend, unterdess der stark anämisch gewordenen Kranken Wein und starken Thee verabfolgend.

Wehen, verbunden mit minimaler Blutung waren vorhanden.

Erst nach einer weiteren Stunde, als die Kranke beängstigende Erscheinungen von Anämie darbot, ohne dass die Wehen die Geburt vorwärts brachten, sah ich mich veranlasst, auf alle Fälle den Uterus zu entleeren, um erfolgreicher an die Therapie der Anämie der Mutter gehen zu können. Nach schwieriger Lösung der vorliegenden Placenta extrahirte ich einen noch kleineren todten, weiblichen Foetus. Die Lösung der 2. Placenta, an der hinteren Uterusfläche aufsitzend, war ebenfalls durch bindegewebige Verwachsung schwierig.

Nach Entleerung des Uterus wurde derselbe mit Jodoformmarly fest tamponirt.

Nach Verabreichung von Analepticis, starkem Kaffee, Warmwasserklystieren, erholte sich die Kranke einigermassen.

Nach etwa 2 Stunden trat bei gut contrahirtem Uterus ein Schweissausbruch ein.

Die Prognose war trotz dieses günstigen Zeichens einer im Augenblicke überwundenen Gehirnanämie eine aus erklärlichen Gründen zweifelhafte. Die Kranke klagte über ausserordentliche Schwäche und Schwindel.

In den folgenden drei Tagen war die Temperatur eine erhöhte bis 38.4° C. und klagte die Kranke über Schmerzen im Leibe, die sie namentlich beim Husten verspüre. Im Uebrigen war der Zustand ein zufriedenstellender.

Am 4. Tage nach der Geburt wurde die Temp. normal, der Husten leichter und die Kranke erholte sich zusehends.

Appetit war vorhanden.

Da keine Complicationen vorauszusetzen waren, verliess ich die Kranke, ihr vorher streng einschärfend, nicht vor 3 Wochen das Bett zu verlassen.

Am 10. November, also am 11. Tage nach der Geburt, fühlte sich die Kranke jedoch so kräftig, dass sie trotz meiner Warnung das Bett verliess. Sie machte blos einige Schritte und wurde ohnmächtig ins Bett getragen. Sie erholte sich zwar bald etwas, bemerkte jedoch sofort eine Schwäche in der Bewegung des rechten Armes und Beines und bald darauf eine Abnahme der Sprachfähigkeit.

Als ich die Kranke sah, lallte sie noch einige unverständliche Worte. Das Gesicht bot den Ausdruck höchster Angst, sie wies mit der linken Hand auf Hals, Arm und Bein und verfiel noch in meiner Gegenwart in einen bewusstlosen Zustand.

Rechter Arm und rechtes Bein fielen schlaff herab.

Es war klar, dass wir es hier mit einer plötzlich entstandenen, rechtsseitigen Paralyse, verbunden mit Aphasie zu thun hatten.

Athmung und Herzthätigkeit waren nicht alterirt. Temperatur 38,2° C.

Am folgenden Morgen, an dem ich die Kranke im Consilium mit Herrn Dr. Stembo wieder sah, war im Zustande keine Veränderung eingetreten, die Kranke lag comatös da und reagirte auf keinerlei Reiz. Puls und Athmung waren auch da fast normal. Pupillenreaction träge.

Abends desselben Tages wurde die Athmung bisweilen schnarchend und oberflächlich, der Puls kleiner und schneller.

Morgens 9 Uhr starb die Kranke im Coma.

Gestatten Sie mir, meine Herren, noch einige Worte zur Aetiologie wie Therapie des betreffenden Falles hinzuzufügen.

Unser Fall ist in verschiedener Beziehung bemerkenswerth; einerseits hatten wir es mit einer centralen Placenta praevia, die durch Zwillingsschwangerschaft complicirt war, einem frühzeitigen Geburtsbeginn, wohl durch Hydramnion bedingt, und mit bindegewebiger Verwachsung beider Placenten, anderseits mit einer im Wochenbett hinzutretenden Embolia cerebri, zu thun.

Wenn wir nun durch den vorzeitigen Geburtsbeginn natürlich der Möglichkeit beraubt waren nach Vorgang der «Berliner Schule» durch combinirte Wendung und

Tamponade durch die Frucht den spontanen Geburtsverlauf abwarten zu können, so hatten wir hier einzig und allein an die Rettung der Mutter zu denken und so schonend wie möglich die Beendigung der Geburt herbeizuführen, da bekanntlich manuelle Eingriffe bei Placenta praevia durch die Nähe der Vagina die Gefahr durch Infection und Lufteintritt vergrössern.

Es war offenbar die grosse Fruchtwassermenge daran Schuld, dass frühzeitig eine Dehnung des unteren Uterinsegmentes eintrat. Diese bedingte die Lösung der Placenta und hiermit die Blutung, und schliesslich die durch letztere hervorgerufene Anämie - Uteruscontractionen.

Durch die Tamponade, die übrigens Kleinwächter aus theoretischen Gründen verwirft, wurde die Blutung eine Zeit lang in Schranken gehalten und die Erweiterung des Muttermundes erzielt.

Der erste therapeutische Eingriff, d. h. die Durchbohrung der Placenta ist wohl ohne Weiteres verständlich, als hiermit durch Abfluss des Fruchtwassers die Möglichkeit gegeben war die Blutung zu stillen.

Anders jedoch verhält es sich mit dem zweiten Eingriff und fragt es sich, ob nach Entfernung der centralen Placenta und Sprengung der zweiten Blase nicht auf Spontangeburt der 2. Placenta gewartet werden sollte, zumal die Blutung gering war und eine manuelle Lösung derselben die Prognose verschlechterte. — Hierauf lässt sich jedoch erwidern, dass es angezeigt war die Kräfte des an und für sich erschöpften Uterus zu nachfolgenden Contractionen zu schonen. — Es war schon um so mehr indicirt die Placenta zu lösen und den Uterus zu Contractionen anzuregen, als gerade bei Placenta praevia Nachblutungen durch Atonia uteri äusserst verhängnissvoll werden können. Wir wissen, dass das untere Uterinsegment sehr wenig contractil ist und dass bei der durch Placenta praevia stärkeren Gefässbildung ein Offenbleiben derselben eine Blutung veranlassen kann, die durch nichts *still*bar ist. Hofmeier hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, dass die Art. uterina, nachdem sie Aeste zum Cervix und zur Vagina abgegeben, ohne sich weiter zu verzweigen bis zum oberen Abschnitt des unteren Uterinsegmentes verläuft, und dass die zu diesem gehenden Arterien stets von solchen stammen, die durch die Musculatur des Uterus eine Strecke gegangen sind.

Hieraus ist nun ersichtlich, dass gute Contractionen des Uterus auch die Gefässe des unteren Uterinsegments schliessen werden.

Es galt also, um die Mutter vor weiteren verhängnissvollen Blutungen zu schützen den Uterus so schleunig wie möglich zu entleeren und behufs Verhütung von Nachblutungen ihn zu guten Nachwehen anzuregen.

Dieses gelang mir durch Uterustamponade und Eis vollkommen.

Was die Aetiologie der Placenta praevia anbetrifft, so ist hierüber vielfach gestritten worden. Im Jahre 1886 ist diese Frage auf dem Gynäkologencongress zu Leipzig verhandelt worden. Küstner, Sänger, Krusenberg u. a., sahen als Ursache der Placenta praevia das Hinuntergleiten des ovum an, was bei Mehrgebärenden, wo die Uterushöhle weiter als bei Nulliparen ist, wohl plausibel erscheint. Als begünstigende Momente wurden ferner Uteruscatarrhe angegeben, hierbei sei die Uterushöhle ebenfalls weiter und die Schleimhaut durch abnorme Secretion glatter als normal, was allerdings nicht immer zutrifft. Wyder sieht den Uteruscatarrh als begünstigendes Moment insofern an, als durch denselben die Flimmerung der Zellen eine herabgesetzte ist und das Ei, ohne aufgehalten zu werden, seiner Schwere folgt. Nach den neueren Untersuchungen von Hofmeier (die menschliche Placenta 1890 Wiesbaden) ist die Ursache der Placenta praevia die, dass ein je nachdem mehr oder weniger grosser Theil der Chorionzotten sich in der Reflexa anstatt wie sonst ausschliesslich in der Serotina, während sie in der Reflexa atrophiren, weiter entwickelt.

Kaltenbach schliesst sich dieser Ansicht an, meint jedoch, dass die Endometritis auch eine gewisse Rolle spiele.

In unserem Falle war starker Ausfluss vorhanden, beide Placenten zeigten bindegewebige Verwachsungen, es war also kaum zweifelhaft, dass Uteruscatarrh da war.

Meiner Meinung nach war die Endometritis nicht bloss begünstigendes Moment zum Zustandekommen der Placenta praevia, sondern die zunächst liegende Ursache dieser Bildungsanomalie.

Zum Schluss möchte ich noch einige Worte in Betreff der Hirnembolie hinzufügen.

Durch zwei Placenten hatten wir im Innern des Uterus eine grosse Wundfläche, wobei der ungünstige Umstand hinzutrat, dass die eine wunde Fläche nahe der Scheide lag und somit eher der Infection oder Eintritt von Luft ausgesetzt war. Die Thrombosirung war somit eine ausgedehntere und die Gefahr der Verschleppung eines Embolus eine unzweifelhaft grössere, als bei normaler Geburt und normal sitzender Placenta. Es ist wohl auch denkbar, dass die Anämie Ursache der langsameren Thrombosirung durch Fibrinmangel war, und somit, wie wir sehen, selbst am 11. Tage der Geburt bei subjectivem Wohlbefinden noch die Möglichkeit vorhanden war durch die Nichtorganisation des Thrombus noch einen solchen in die Gefässbahn zu verschleppen.

Es resultirt hieraus wiederum die Mahnung bei starken Blutverlusten, verbunden mit grosser oder getrennter Zwillingsplacenta die Kranke länger im Bette zu halten als allgemein angegeben wird.

Meiner Meinung nach sind selbst 14 Tage, wie in Lehrbüchern angegeben wird, zu wenig und dürfte es nicht überflüssig sein die Kranken wie nach Laparatomieen wenigstens drei Wochen im Bette zu behalten.

Es handelte sich in unserem Falle offenbar um eine Embolie in der linken Fossa Sylvii, da mit der Lähmung schnell Aphasie eintrat.

Durch Mangel an Ernährung der umliegenden Hirnabschnitte trat Coma und schliesslich der Tod ein.

Referate.

A. Chelmonski (Warschau): Klinische Untersuchungen über die Wirkung äusserer localer Reize. (Bl. f. klin. Hydrother. 1894, Sept).

Verf. maass die Temperatur des Magens mittels eines verschluckten Thermometers vor und nach dem Hautreize und kommt zu folgenden Resultaten.

1. Aeussere locale Reize sind im Stande die Circulationsverhältnisse im Magen zu modificiren, wobei Verf. im Allgemeinen zu dem Resultate kommt, dass die auf den Rumpf angebrachten Hautreize im Inneren der Bauchhöhle in derselben Richtung wirken wie auf der Haut.

2. Epispastica bewirken eine Erhöhung der Hauttemperatur und der Magentemperatur, wobei der Ort der Application am Rumpfe gleichgiltig ist.

3. Die auf den Rumpf applicirte Kälte bewirkt Anämie der Bauchhöhle, Hitze Hyperämie.

4. Ebenso wirkt Kälte und Wärme auf die Extremitäten, besonders die Beine, applicirt.

Verf. will gleichwohl nicht die antiphlogistische Wirkung der Epispastica leugnen, erklärt sie aber im Anschluss an Genzmer durch eine Beschleunigung des Blutstromes.

Prof. Verneuil: Nasenbluten bei Kindern. (Acad. de Médecine).

V. wendet sich gegen die Behandlung des Nasenblutens bei Kindern mit tonisirenden Mitteln; dadurch werde mehr gescha-

det als genützt. Am besten seien Alkalien, vegetabilische Diät und kalte Douchen auf die Leber, er habe dadurch vorzügliche Resultate gehabt. Buch.

Le Gendre: Hydrotherapie bei Lungenentzündung. (Bl. f. klin. Hydrother. 1894, № 9).

Le Gendre hat die Einwickelung des Thorax in feuchtkalte Compressen als beste Behandlungsmethode bei activer Lungenentzündung erprobt.

Rendu hat seit 1884 feuchte Abreibungen bei schweren Bronchopneumonien angewandt und stets Nutzen, nie Nachtheil davon gesehn.

Richardière hat im Hôpital Trousseau 60 Fälle von Bronchopneumonien mit vorzüglichem Erfolge mit Abreibungen behandelt, die er als Rendu's Assistent kennen und schätzen gelernt hatte. Buch.

Corrigenda.

In dem Autoreferat von Dr. Kirikow (diese Wochenschrift № 12) muss es heissen:

auf pag. 110, Spalte 2, Zeile 5 von oben statt Müntz — Mintz und auf Zeile 29 von oben statt J. P. Popow — J. P. Pawlow.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Krafft-Ebing: Gerichtliche Psychopathologie. Nach der 3. Auflage ins Russische übersetzt von A. Tscheremschanski. Petersburg, Verlag von C. Ricker. 1895. Preis 5 Rbl.

Die neue, vom Autor gemäss dem Fortschritte der einschlägigen Disciplinen umgearbeitete, erweiterte Auflage des allgemein bekannten Lehrbuches, hat im Director des Hospitals Aller Leidtragenden einen competenten Uebersetzer gefunden, der sich schon durch Uebertragung des Lehrbuches der Psychiatrie desselben Verfassers ins Russische Dank und Anerkennung der russischen Collegen erworben. Sein Verdienst steigert Tsch. dadurch, dass er die vom Autor unberücksichtigt gelassene Gesetzgebung Russlands in die Uebersetzung erforderlichen Ortes einfügt, was dem Buche in praktischer Hinsicht für den russischen Arzt und Juristen einen besonderen Werth verleiht. Als Anhang figuriren die «Beiträge zur russischen forensisch-psychiatrischen Casuistik», welche von einem nur mit den Initialen W. N. Tsch. bezeichneten Psychiater stammen und die Lücke im Original hinsichtlich der russischen Literatur und Casuistik ausfüllen sollen.

Die Ausstattung macht wie immer dem Verleger volle Ehre. Das Werk wird nicht nur bei den Aerzten willkommene Aufnahme finden, sondern hoffentlich auch bei den Juristen, umsomehr als der Uebersetzer sich bemüht hat, überall die Klarheit und Leichtverständlichkeit des Originals zu bewahren. Michelson.

M. Brenning: Die Vergiftungen durch Schlangen. Monographisch bearbeitet. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. L. Lewin. Stuttgart. F. Enke, 1895. VI—175.

Die vorliegende Monographie ist auf Anregung des bekannten Berliner Pharmakologen L. Lewin verfasst worden und trägt folglich vor Allem ein historisch-pharmakologisches Gepräge. Dies blieb nicht ohne Einfluss auf die Bearbeitung der einzelnen Kapitel. So ist die «Symptomatologie der Vergiftung» (pp. 44—50) etwas knapp ausgefallen; die Krankheitserscheinungen werden zu allgemein besprochen, wobei so wichtige derselben, wie die Hämorrhagien, die in manchen Fällen das ganze Krankheitsbild beherrschen, nur flüchtig berührt sind. Einige klinische Bilder, als Illustrationen, hätten die Darstellung sehr belebt und würden dem Leser höchst erwünscht erscheinen. Sehr ausführlich ist das Capitel über «die Therapie des Schlangenbisses». Hier finden sich einige höchst interessante Angaben über die Schlangenbeschwörer. Darauf folgt eine eingehende Besprechung der mechanischen und chirurgischen Therapie (Aussaugung der Wunde, Schröpfköpfe, Ligatur des Gliedes, Scarificationen, Cauterisation, Incision, Excision und Amputation). Die chemischen Mittel (die medicamentöse Therapie) werden von B. einer genauen Durchmusterung unterzogen. Eine detaillirte und systematische Uebersicht aller derjenigen Pflanzen, die gegen den Schlangenbiss in Anwendung kamen und noch gegenwärtig kommen (pp. 96—165) — der eigentliche Kern der Brenning'schen Arbeit — und die Immunisirungsfrage durch die Impfung mit Schlangengift schliessen das Capitel über die Therapie. Die Systematik und die Anatomie der Giftschlangen, namentlich des Giftapparates, wobei B. Messungen der Länge der Giftzähne vornahm, was vor ihm vernachlässigt wurde und was, selbstredend, von grosser Bedeutung ist — hat Verf. sehr klar und zusammenfassend dargestellt. Ebenso sind die Fragen über die Natur und Wirkung des Schlangengiftes eingehend besprochen und kritisch beleuchtet.

Im Grossen und Ganzen gestattet die Brenning'sche Monographie eine vollkommene Einsicht in das höchst wichtige und eigenartige Gebiet der Vergiftungen durch Schlangenbisse. Die Lectüre des Buches ist warm zu empfehlen Allen, die sich für das Thema interessiren, wie auch ins Besondere denjenigen Collegen, die die Landpraxis betreiben. Jul. Malis.

Prof. Dr. C. Posner: Therapie der Harnkrankheiten. Berlin 1895. Verlag von Aug. Hirschwald.

Als Fortsetzung der im vorigen Jahr erschienenen Diagnostik ist jetzt die Therapie der Harnkrankheiten von Posner erschienen. Brachte uns damals Verf. eine treffliche Zusammenfassung für die Erkennung dieser Krankheiten, so bietet er uns nun einen vorzüglichen kurzen Ueberblick über die Behandlung derselben.

Das Buch zerfällt in folgende X Capitel:

1. Die acute Gonorrhoe der vorderen Harnröhre.
2. Complicationen der acuten Gonorrhoe.
3. Chronische Urethritis.
4. Complicationen der chronischen Urethritis.
5. Folgezustände der chronischen Gonorrhoe.
6. Neubildungen im Bereich der Harnwege.
7. Veränderungen des Chemismus.
8. Steinkrankheit.
9. Nervöse Functionsstörungen.
10. Harnvergiftung.

Den Schluss bilden Receptformeln als Anhang und ein Sachregister.

Es liegt in der Natur der Sache, dass Verf. vorzüglich die von ihm ausgeübte Art der Behandlung schildert; dieselbe schliesst sich aber den neuesten Erfahrungen auf diesem Gebiete an und betont auf's Erfreulichste die grosse Vorsicht, welche bei Ausübung der Localtherapie zu beobachten ist.

Gleich der Diagnostik ist auch die Therapie der Harnkrankheiten insbesondere allen praktischen Aerzten zu empfehlen, welche weder Zeit noch Lust haben die ausführlichen Werke über diese Themata zu studiren. Den Specialisten aber wird es interessiren Posner's Standpunkt kennen zu lernen. Jordan.

Prof. Fürbringer: Die Störungen der Geschlechtsfunctionen des Mannes. Wien 1895. A. Hölder.

Als einzeln käuflicher Theil des grossen, unter der Redaction Prof. Nothnagel's herausgegebenen Werks — specielle Pathologie und Therapie — ist diese Arbeit Fürbringer's kürzlich erschienen. Nach anatomischen und physiologischen Vorbemerkungen kommt Verf. zum eigentlichen, klinischen Theil, der in drei grosse Capitel, nämlich: die krankhaften Samenverluste — die Impotenz und die Sterilität des Mannes, zerfällt. Jeder Abschnitt wird nach Aetiologie, pathologischer Anatomie, soweit sie vorliegt, Krankheitsbild, Diagnose, Prognose und Therapie behandelt. Verf. legt hier seine reichen Erfahrungen auf diesem Gebiete nieder und wenn diesem Werk auch verschiedene, früher erschienene Abhandlungen desselben Verfassers zu Grunde liegen, werden die dort ausgesprochenen Ansichten durch spätere, eigene Beobachtungen bestätigt, theilweise modificirt und vor Allem mit den Befunden anderer Autoren verglichen. Es ist also vorzüglich eine kritische Beleuchtung des bisher auf diesem Felde der Wissenschaft Geleisteten von Seiten des berühmten Berliner Professor's. Besonderes Interesse beansprucht das letzte, wenn auch kürzeste Capitel über die Sterilität des Mannes, welches in Aspermatismus und Azoospermie, dem anhangsweise die Oligo und Asthenozoospermie beigefügt sind, eingetheilt wird, weil gerade die Klärung dieser Fragen hauptsächlich dem genannten Autor zu danken ist. Näher auf dieses interessante Buch einzugehen verbieten die Umstände, es sei nur noch der beständig wiederkehrenden Mahnung des geschätzten Verfassers gedacht, fleissig das Mikroskop zu gebrauchen, wodurch nur allein die Diagnose gestellt werden könne. Jordan.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 4. April 1894.

1) Prof. Dr. Bidder: Die Zangengeburten in dem St. Petersburger Gebärhause aus den Jahren 1883—1892 incl., schriftlicher Vortrag.

Seit jeher haben in der Frage über die Zangenoperation zwei Parteien einander gegenüber gestanden, die eine, die dem In-

strumente viel, die andere, die ihm wenig zutraute. Die einen wollen der Zange ein breiteres Gebiet erobern durch entsprechende Construction derselben oder durch Hilfsoperationen, wie tiefe Incisionen der Weichtheile des Geburtskanals, — die anderen dagegen betonen, dass die Zange von allen geburtshülflichen Operationen die blutigste sei, ihre Indicationen daher sehr eingeschränkt werden müssten (in'sbesondere die neueste Dresdener Schule.) Im St. Petersburger Gebärhause ist man seit der Umwälzung, welche die Geburtsbehandlung ebenso wie die Chirurgie durch Einführung der Antisepsis und Asepsis durchgemacht, gegenüber früher weit larger in der Stellung der Indicationen für die Zange geworden. Im erwähnten 5-jährigen Zeitraume hatte auf 18311 Geburten in 598 Fällen, also in 3,2 pCt. der Fälle, die Entbindung mit der Zange stattgefunden, wobei nur die Fälle gerechnet sind, wo die Geburt mit der Zange auch beendigt wurde, während man in den Jahren 1873—1880 im Gebärhause auf 19456 Geburten nur 324 Zangen zählte, nämlich in 1,6 pCt. der Fälle.

Von den 598 Zangengeburten betrafen 406 (68,2 pCt. Erstgebärende, 192 (31,8 pCt.) Mehrgebärende, ein Verhältniss, das überall wiederkehrt, aber erst dann richtige Begriffe giebt, wenn man gleichzeitig die gesammte Masse der Erst- und Mehrgebärenden berücksichtigt. In diesem Falle erhält man eine Zangengeburt auf je 13,7 Erstgebärende und nur eine auf je 66,2 Mehrgebärende (davon 1 : 75 bei II—IV gebärenden und 1:47 bei V und Mehrgebärenden). Unter den Erstgebärenden die der Zange bedurften, waren 90 dreissig Jahre alt und darüber, also fast ¼ der Gesammtzahl, während im Allgemeinen im Gebärhause nur 7 pCt. ältere Erstgebärende vorkommen.

Erfolgten Blasensprung, vollkommene Eröffnung des Muttermundes, Fixirung des Kopfes im Becken mit seinem geraden Durchmesser im geraden des Beckenausganges erklärt Ref. unfraglich für die günstigsten Umstände, unter denen die Zange überhaupt zur Anwendung kommen kann, hält sie jedoch nicht für eine Conditio sine qua non. Wenn nur eine dringende Nothwendigkeit für Beendigung der Geburt vorliegt, so applicirt Ref. die Zange, auch wenn der Muttermund noch nicht ganz erweitert ist, namentlich wenn derselbe nicht die Möglichkeit hat, sich vollkommen zu erweitern. So müsse man oft zur Zange greifen, wenn die vordere Lippe sich einklemmt, oedematös anschwillt und trotz wiederholter Reposition immer wieder vorfällt, während der Contractionsring am Uterus immer weiter in die Höhe rückt, trotzdem in solchen Fällen die vordere Lippe und oft genug auch der ganze übrige Saum des Muttermundes noch neben und an dem Kopfe des Kindes zu fühlen ist. Eine ähnliche zwingende Indication liege vor, wenn das Fruchtwasser frühzeitig abgeflossen ist, der Kopf sich in's Becken gesenkt hat, der Muttermund auf 3—4 Finger eröffnet bleibt, alle Mittel zur Verstärkung der anfangs krampfhaften, dann ganz schwachen Wehen vergeblich angewandt wurden und nun die Temperatur zu steigen beginnt. Dazu kommen noch gewisse Fälle von Eklampsie, Fälle von Rigidität des Muttermundes gut- oder bösartigen Charakters und andere mehr. Im Ganzen zählt Ref. 55 Fälle, fast 10 pCt. aller Zangen, bei denen ausnahmsweise die Zange bei noch nicht vollkommen eröffnetem Muttermunde applicirt werden musste.

Noch weniger kann Ref. die s. g. «zangengerechte» Stellung des Kopfes als Vorbedingung für die Application der Zange anerkennen und legt letztere unter Umständen an, auch wenn der Kopf nicht im Beckenausgange steht und seine Rotationen noch nicht vollzogen hat, weil eben oft in Folge der Mangelhaftigkeit der austreibenden Kräfte entweder die Widerstände der Beckenenge nicht überwunden werden oder die Rotationen des Kopfes um seine perpendiculäre Axe nicht zu Stande kommen können. Hierbei muss natürlich der Kopf mit seinem grössten Umfange in die Beckenhöhle eingetreten sein, zum allerwenigsten fest im Beckeneingange stehen.

Als Indicationen für die Zange lässt Ref. den Abgang von Meconium sowie das rauher oder unregelmässig Werden des kindlichen Herzschlages gelten. Eine Verlangsamung des Herzschlages sollte aber als Gefahr bringend nur dann anerkannt werden, wenn sie nicht nur während der Wehe sondern auch in der Wehenpause beobachtet wird. Als Gefahr für die Mutter will Ref. jedoch nicht erst die Zeichen einer stattgehabten Infection betrachtet wissen, will daher nicht abwarten, bis Fieber, Zersetzungen der Scheiden — und Gebärmutterabsonderungen und Anschwellung der Geburtstheile eingetreten sind. Im Gegentheil will er diesen Gefahren zuvorkommen und legt daher die Zange an in Fällen von relativer Wehenschwäche und dadurch bedingter allzulanger Dauer der Austreibungsperiode, bevor noch ernste Gefahren für das Kind oder für die Mutter aufgetreten sind, falls andere Wehen erregende und regulirende Mittel bereits vergeblich angewandt worden. Abgesehen von den bisher besprochenen gewöhnlichen Indicationen, zu denen 364 Fälle der erwähnten Zangenoperationen gehören, wurde die Zange noch angelegt in 127 Fällen mit aussergewöhnlichen Indicationen, unter denen besonders Eclampsie, Prolapsus funiculi umbilicalis und Haemorrhagien in partu zu erwähnen sind. Dazu kommen noch 67 Fälle, in denen die Zange bei engem Becken angelegt wurde, bevor das mechanische Geburtshinderniss überwunden war, über welche ein anderes Mal referirt werden soll.

Zwar sind die Weichtheile des Geburtscanales ohne Zweifel durch die Zange mehr gefährdet, als durch eine spontane Geburt, doch hat das bei der Sicherheit, welche die moderne Antisepsis gewährt, wenig zu bedeuten. Von den 598 Wöchnerinnen blieben 394 = 66 pCt. ganz gesund, 60 = 10 pCt. boten nur eine einmalige Temperatursteigerung, 92 = 15,3% eine zweimalige Temperatursteigerung jedoch ohne local nachweisbaren Grund dar und 20 = 3,3 pCt. erkrankten schwerer, genasen jedoch gleichfalls. Es starben 32 = 5,3 pCt. davon jedoch 20 an zufälligen Erkrankungen, die meist auch die Indication für die Zange abgegeben hatten, nämlich Eklampsie, Pneumonie, Phthisis pulmonum, Apoplexia cerebri, Collaps nach Blutung intra partum und Ruptura uteri. Die übrigen 12 = 2 pCt. starben freilich an septischen Erkrankungsformen, die meisten von ihnen waren jedoch bereits septisch inficirt aufgenommen worden.

Desgleichen ist das Resultat für die Kinder als sehr günstig zu bezeichnen. Vor der Geburt, während derselben, und im Wochenbette, so lange die Mütter sich noch in der Anstalt befanden, sind 95 Kinder in Verlust gegangen = 15,9 pCt. Nach Abzug von 4 macerirten und 38 an zufälligen Krankheiten zu Grunde gegangenen bleiben 53 todte oder später gestorbene Kinder auf 556 Zangengeburten = 9,5 pCt., während 503 lebend entlassen wurden. In den Jahren 1873—76, wo an dem Gebärhause mit der Zange noch scrupulös sparsam umgegangen wurde, hatte der Kinderverlust noch 26,3 pCt., 1877—80 sogar 28,0 pCt. betragen. Da der jährliche Verlust an lebensfähigen Kindern in der Anstalt im Allgemeinen 5—6 pCt. beträgt, so geben die Zangengeburten allein genommen jetzt kaum einen doppelt so grossen Verlust, wobei berücksichtigt werden muss, dass dieselben ja unter pathologischen Bedingungen unternommen werden, die fast immer eine Gefahr für das Kind involviren. Es erweist sich daher die Zange als das wohlthätigste geburtshilfliche Instrument, das Qualen verkürzt, Gefahren verhindert, Mutter und Kind rettet, ohne Schaden für beide.

2) Dr. Assmuth hält einen Vortrag über die Infiltrate der Harnröhre, die so häufig zu Stricturen führen. Die äussersten Consequenzen derselben sind Insufficienz der Blase nach oben, Dilatation der Harnleiter bis zur Hydro- und Pyonephrose mit allen denselben zukommenden Begleiterscheinungen. Die ungeheuere Mehrzahl der Stricturen ist eine Folge der Gonorrhoe. Nach des Ref. Anschauung tritt etwa in 10 pCt. der Fälle von chronischer Gonorrhoe Strictur ein. Um letztere nicht zu Stande kommen zu lassen, hat man frühzeitig auf das Auftreten von Infiltraten der Harnröhre zu fahnden. Wenn in relativ kurzer Zeit nach Aufhören sämmtlicher Reizerscheinungen und bei klarem oder doch nur wenige Tripperfäden führendem Harn über Beschwerden (nicht gerade Schmerz) beim Harnlassen geklagt wird, und wie häufig genug der Fall, über spontane Schmerzen (unabhängig vom Harnlassen), so ist begründeter Verdacht vorhanden, dass sich bei der endoskopischen Untersuchung Infiltrate entdecken lassen, die zwar nicht selten in der Pars pendula in der Nähe der Fossa navicularis, viel häufiger aber am Bulbus sich finden, wo der chronische Tripper lange nistet, bevor er — den Compressor überschreitend — in die Urethra posterior, in den Blasenhals gelangt, welches letztere glücklicherweise nicht immer geschieht. Wenn sich der Kranke in den ersten Jahren nach Aufhören des schleimigen Morgentropfens vorstellig macht, so stösst man nicht selten mit der Harnröhrensonde auf ganz leichte Widerstände, welche entweder schon ganz ringförmige oder an einer Seite der Harnröhre befindliche Infiltrate kennzeichnen. Zu den beschriebenen Beschwerden kommt dann noch die Erscheinung des sog. Nachtröpfelns. Sie ist so zu erklären, dass der Coup de piston durch Einbüssung der Elasticität an der Stelle der künftigen Strictur den zwischen dieser Stelle und dem Schlussapparat der Harnblase befindlichen Urin nicht mehr zu entfernen im Stande ist. Es bleiben dann circa 20 Tropfen zurück, die nachher allmählich bei vertical hängendem Gliede abfliessen. Wenn einerseits nicht alle Infiltrate zu Stricturen führen, sondern mitunter durch Resorption schwinden können, so giebt es andererseits auch andere Ursachen für Stricturen, als Infiltrate. Die wichtigsten Stricturen sind jedoch immer die auf Grundlage von Infiltraten entstandenen. Die Behandlung der letzteren ist keine ganz einheitliche. Aetzungen können unter Umständen durch noch tiefere Narbenbildung schaden. Instillationen gelten als veraltet. Ueber die galvanocaustische Behandlung hat Ref. keine eigene Erfahrung. Fleissiges Einführen von Thallinantrophoren kommt als medicamentöse Sonde der vom Ref. bevorzugten cylindrischen respective cylindroconischen Metallsondenbehandlung am Nächsten. Da die Urethra am Orificium ext. am engsten ist und dort häufig eine sehr beträchtliche Enge besitzt, so muss in solchen Fällen ein Instrument in Anwendung kommen, welches eine Kalibersteigerung nach Einführung in die Harn-

röhre zulässt. Zu diesem Zweck dient der Otis'sche Urethrometer, welcher demonstrirt wird. Ein anderes Instrument, welches gleichfalls demonstrirt wird, hat Ref. anfertigen lassen mit Gummieinsatz im Blasenhalstheile, der sich durch Luft oder Wasser aufblasen lässt und dadurch einen Druck auf die Wandungen der Harnröhre resp. des Blasenhalses auszuüben gestattet. — Die Stricturen können ebensogut wie in der Pars cavernosa so auch in der Pars membranacea vorkommen. Von letzterem Falle demonstrirt Ref. ein Präparat. Unter 98 Fällen von Infiltraten der Harnröhre, welche Ref. in den Jahren 1885 bis 1887 zu beobachten Gelegenheit hatte, entfielen 76 auf die Urethra anterior und 22 auf die Urethra posterior (von diesen 22 fanden sich in 9 Fällen Infiltrate auch in der Pars cavernosa.)

Ueber die Resultate der Behandlung lassen sich keine ganz zuverlässigen Angaben machen, da diese Patienten häufig den Arzt zu wechseln lieben oder einfach ganz aus der Behandlung fortbleiben. Immerhin sind Ref. von den gesammten 98 Fällen 28 Fälle in längerer Beobachtung geblieben, bei denen allen eine Strictur durch Sondenbehandlung im Laufe von 7 bis 9 Jahren vermieden worden ist.

3. Dr. Schmitz berichtet, dass das von ihm in der Februarsitzung demonstrirte, an Pseudoleukämia lymphatica leidende Mädchen operirt worden ist. Die Operation war bei der grossen Schwäche des Kindes leider von vorne herein aussichtslos, aber die Respirationsbeschwerden hatten so zugenommen, dass man sich für Tracheotomie oder Exstirpation der Halsdrüsen entscheiden musste. Ref. entfernte ein Packet von etwa 70 stark geschwellten Drüsen. Wundverlauf gut. Das Kind wurde jedoch immer schwächer und starb nach 12 Tagen. Die Section ergab, dass Bronchial- und Mesenterialdrüsen frei von Schwellungen waren. Das Pankreas wies jedoch kleine Drüsen auf. Die Milz erwies sich durchsetzt von lymphoiden Neubildungen bis Erbsengrösse. Leber frei.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. Schumann (Doebeln): Zur Anwendung der Massage bei Reflexkrämpfen im Kindesalter. (Therap. Monatsh. VIII. Jahrg. H. 3).

Verf. führt aus, dass die häufigste Ursache der Reflexkrämpfe Gasbildung und reizender Darminhalt in Folge unzweckmässiger Nahrung bilde.

Als wirksamstes Mittel dagegen sei daher von Alters her die Entfernung derselben angewandt worden. Klysmata seien daher sehr wirksam und vor allen gebe die Massage des Leibes eine sachgemässe und meist rasche Hilfe, wovon Verf. sich in 3 Fällen von schwerer eclampsia infantum überzeugen konnte. Er erklärt dies durch die Abführung von Gasen und Koth, welche in solchen Fällen die unmittelbare Folge der Massage sei, Buch.

Vermischtes.

— Die medicinische Facultät der Leipziger Universität hat in kurzer Zeit zwei seiner ältesten und hervorragendsten Lehrkräfte durch den Tod verloren. Dem grossen Physiologen Ludwig, dessen Tod wir in der vorigen Nummer meldeten, ist am 16. (28.) April, also nach wenigen Tagen der berühmte Chirurg, Geheimrath Prof. Dr. K. Thiersch, Director der chirurgischen Klinik und Oberarzt des städtischen Jacobshospitals in Leipzig. gefolgt. Er hat ein Alter von 73 Jahren erreicht.

— Zum Nachfolger des vor Kurzem verstorbenen Professors Ljambl auf dem Lehrstuhl der Therapie an der Warschauer Universität ist der Privatdocent der militär-medicinischen Academie Dr. W. W. Kudrewezki ernannt worden. (Wr.)

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, Dr. G. M. Herzenstein, ist von der Gesellschaft der Feldscher in Odessa zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Prof. Dr. Behring ist zum ausserordentlichen Professor der Hygiene an der Universität Marburg ernannt worden, an Stelle von Prof. C. Fränkel, welcher einem Rufe auf den Lehrstuhl der Hygiene in Halle Folge leistet.

— Der Senior der Professoren der Universität Erlangen, Dr. F. v. Zenker, welcher vor Kurzem seinen 70. Geburtstag beging, ist auf seinen Wunsch von den Vorlesungen über Pathologie und pathologische Anatomie entbunden worden. An seine Stelle tritt der ausserordentliche Professor dieser Universität Dr. G. Hauser.

— Da der Professor der Anatomie an der Universität Tübingen, Dr. W. Henke, für das Sommersemester beurlaubt ist, so ist Prof. Dr. Froriep mit der Abhaltung der Vorlesungen über systematische Anatomie betraut worden.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg Staatsrath Dr. Eduard Steffens im 59. Lebensjahre. Der Hingeschiedene begann im Jahre 1861 seine ärztliche Thätigkeit, die er in Riga und zuletzt in Gatschina ausübte. 2) Am 31. März in Moskau der dortige Sanitätsarzt Constantin Tupizyn im Alter von 40 Jahren. Er wurde ein Opfer des Flecktyphus, mit dem er sich beim Desinficiren einer Miethskaserne inficirt hatte, die ein wahrer Typhusheerd war. 3) In der Staniza Protschnookopskaja (Kubangebiet) der Oberarzt des örtlichen Militärhospitals Dr. J. J. Dratschew im 42. Lebensjahre. 4) In Leipzig der weltberühmte Physiologe Geh. Hofrath Professor Dr. Carl Ludwig, Director des physiologischen Instituts der Leipziger Universität, im Alter von 79 Jahren. In ihm verliert die Leipziger Universität, in welcher der Verstorbene 30 Jahre hindurch als Universitätslehrer gewirkt, ihren ältesten und hervorragendsten Lehrer, dessen Schüler über die ganze Welt verbreitet sind. Es giebt kaum ein Gebiet der Physiologie, auf dem sich an Ludwig's Namen nicht wichtige Entdeckungen knüpften. Seine Arbeiten über die Blutcirculation und die Druckschwankungen im Blutgefässsystem, über den Gasaustausch und die Bestimmung der Spannung der Blutgase gehören zu den schönsten Errungenschaften der neueren Physiologie. Sein Hauptwerk ist das «Lehrbuch der Physiologie des Menschen». 5) Am 11. April n. St. in Tübingen der bekannte Chemiker, Prof. Dr. Lothar v. Meyer im 65. Lebensjahre an Apoplexie. Der Verstorbene hatte zuerst Medicin studirt und seine ersten Arbeiten betrafen die genaue Untersuchung der Blutgase. Später wandte er sich besonders dem Studium der allgem. Chemie zu.

— Dem Vernehmen nach ist als Oberarzt des Irrenasyls auf der Nowo-Snamenskaja Datsche bei St. Petersburg der frühere Landschaftsarzt N. N. Reformatski, welcher bisher eine Heilanstalt für Geisteskranke bei der Station Molodi der Moskau-Kursker Eisenbahn leitete, in Aussicht genommen.

— Die Leopoldinisch-Carolinische deutsche Academie der Naturforscher in Halle hat in diesem Jahre die goldene Cothenius-Medaille dem Chefarzt des Militärhospitals in Lille (Frankreich) Dr. Laveran für seine Forschungen über die Malaria zuerkannt.

— Die Vertreter des Berliner ärztlichen Standesvereine und des ärztlichen collegialen Vereins der Friedrich-Wilhelmstadt in Berlin haben auf die Eingabe des Berliner Magistrats an den preussischen Cultusminister, betreffend die Ertheilung des Rechtes zum Studium der Medicin an die Abiturienten der Realgymnasien einstimmig die Erklärung abgegeben, dass eine solche Zulassung weder im allgemeinen Interesse, noch im Interesse des ärztlichen Standes läge. In der betreffenden Resolution heisst es: «Der ärztliche Stand erachtet unter den gegenwärtigen Schulverhältnissen die Vorbildung an den humanistischen Gymnasien für die beste Grundlage seines Berufsstudiums und will auf diese Vorbildung nicht verzichten. Er sieht es als einen Vorzug an, dass die Gymnasien nicht die Aufgabe haben, ihre Schüler mit Fachkenntnissen für den künftigen Beruf auszurüsten, sondern vor allem bezwecken, sie zu selbständiger geistiger Thätigkeit zu erziehen. Er ist davon überzeugt, dass diese Vorbildung die ideale Gesinnung, welche bei der Ausübung des ärztlichen Berufes ein wesentliches Erforderniss ist, wie bisher am besten zu fordern vermag. Dazu kommt, dass die sociale Stellung des Arztes auf der Universität und im späteren Leben die gleichen Zulassungsbedingungen zum Studium, wie sie für die anderen gelehrten Berufsarten gelten, zur Voraussetzung hat.

(Allg. med. Centr.-Ztg.)

— Der im vorigen Jahre hierselbst verstorbene Händler K. A. Udalow hat sein ganzes Vermögen welches gegen 30,000 R. beträgt, der Stadt St. Petersburg zum Bau eines Hospitals für Lungenkranke testamentarisch vermacht.

— Die hiesige Marien-Entbindungsanstalt am kleinen Prosp. auf der St. Petersburger Seite begeht am 30. April d. J. ihr 25-jähriges Bestehen. Director der Anstalt ist bekanntlich Dr. A. E. Schmidt.

— In der ersten Hälfte des April gelangte der Jahrgang 1895 des «Jahrbuch der praktischen Medicin» unter der Redaction von Dr. J. Schwalbe, Redacteur der deutschen medicinischen Wochenschrift, bei Ferdinand Enke in Stuttgart zur Ausgabe. Als Referenten des die gesammte Literatur der praktischen Medicin aus dem Jahre 1894 umfassenden Jahrbuches sind zu nennen: Prof. Ribbert (Pathologie, Anatomie, Bakteriologie), Prof. Seeligmüller (Neurologie), Prof. Fürbringer (Harnkrankheiten), Prof. Harnack (Pharmakologie), Prof. Strassmann (Gerichtliche Medicin), Docent Rosenheim (Verdauungskrankheiten)

Docent H. Neumann (Kinderkrankheiten) u. A. Der Preis des bei grösster Vollständigkeit im Umfang reducirten Buches wird sich auf № 12 stellen.

— Im Verlage von Gustav Fischer in Jena werden erscheinen: Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie für die Interessen des praktischen Arztes unter Mitwirkung der Herren Dr. Anton, Prag; Prof. Dr. Barth, Marburg; Dr. L. Blau, Berlin; Doc. Dr. Bloch, Freiburg i. B.; Doc. Dr. Burger, Amsterdam; Prof. Dr. Bürkner, Göttingen; Dr. Eitelberg, Wien; Dr. Eulenstein, Frankfurt a. M.; Prof. Dr. Gradenigo, Turin; Prof. Dr. Habermann, Graz; Dr. Hajek, Wien; Doc. Dr. Hessler, Halle a S.; Dr. Kahn, Würzburg; Prof. Dr. Killian, Freiburg i/B.; Dr. Lange, Kopenhagen; Dr. Neumayer, München; Doc. Dr. Onodi, Budapest; Doc. Dr. Rohrer, Zürich; Prof. Dr. Schech, München; Doc. Dr. Seifert, Würzburg; Doc. Dr. Stetter, Königsberg; Dr. Szenes, Budapest; Prof. Dr. Urbantschitsch, Wien; Dr. Weil, Stuttgart, herausgegeben von Docent Dr. Rud. Haug, Leiter der Abtheilung für Ohrenkranke an der Kgl. chirurg. Universitätspoliklinik zu München.

— Die St. Petersburger städtische Sanitätscommission hat in ihrer Sitzung am 13. April beschlossen, die sanitätsärztliche Besichtigung der Häuser und Höfe der Residenz vom 20. April ab wieder vorzunehmen. Dieselbe wird von 10 Sanitätsärzten ausgeführt werden. In derselben Sitzung wurde auch der Antrag angenommen, jedem der 24 Dumaärzte 300 Rbl. zur Erweiterung und Verbesserung der für ambulatorische Zwecke dienenden Räumlichkeiten anzuweisen und den städtischen Desinfectoren eine monatliche Gehaltszulage von 10. Rbl. zu bewilligen.

— Nach dem beim Reichsrath eingereichten Project einer Reorganisation der kaukasischen Mineralbäder soll der Posten des Regierungscommissars der Bäder aufgehoben werden und ärztlichen Directoren die selbständige Leitung der einzelnen Gruppen übertragen werden. Es wird der Posten eines Oberinspectors creirt, welcher die Oberaufsicht mit einem Comité theilt, welches aus den ärztlichen Directoren der Gruppe, dem älteren Bergingenieur einem Architekt, Chemiker und einem Vertreter der an Ort und Stelle prakticirenden Aerzte besteht.

— Vom Medicinaldepartement sind die Medicinalverwaltungen angewiesen worden, die Fabrikation und den Verkauf einiger Schnapssorten, welche unter Namen, wie «Magenessenz» «Magenbitter», «Lebenselixir», die auf ihre Heilkraft hinweisen, künftig nicht mehr zu gestatten. Die vorhandenen Vorräthe dürfen ausverkauft werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15 April d. J. 6705 (173 mehr als in d. Vorwoche), darunter 315 Typhus — (2 wen.), 738 Syphilis — (33 mehr), 89 Scharlach — (12 mehr), 27 Diphtherie — (2 weniger), 37 Masern — (= Vorwoche) und 18 Pockenkranke (1 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. April 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
356	294	650	158	51	87	12	7	19	56	57	59	44	44	37	16	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 5, Scharlach 15, Diphtherie 8, Croup 2, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Todtgeborene 17.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 25. April 1895.

Tagesordnung: Dr. Selenkoff: «Betrachtungen über medicinische Therapie und die sogenannte Naturheilkunde».

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 15. Mai 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17, кварт. 19.

Amalie Born, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Marie Winkler, уг. Соляноа пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.

Sophie Jordan, B. O., 10 лин. д. 11, кв. 9,

Marie Mohl. B. O. 1. л. д. 44 кв. 3. 16 л. д. № 17.

Antoinette Lücke, Невскiй пр., 32/34, кв. 13.

Frau **Duhtsmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Довв. ценз. Спб. 22 Апрѣля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, 29. April (11. Mai) 1895

Inhalt: A. v. Bergmann: Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Behandlung. — Ernst Sokolowski: Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse. — Referate: Med.-Rath Dr. Groedel: Bäder bei Arteriosklerose. — Al. Strasser: Ueber hydriatische Malariabehandlung. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Osteomyelitis, ihre verschiedenen Formen und ihre Behandlung.

Vortrag, gehalten auf dem VI. livländischen Aerztetage in Wolmar.

Von

Dr. A. v. Bergmann,

Riga.

M. H.! Seit Chassaignac und seinen Zeitgenossen ist die Osteomyelitislehre auch noch heute nicht in das ruhige Fahrwasser allgemeiner Anerkennung gelangt, sehen wir auch heute noch nicht dieselbe als ausgebautes Ganzes sich uns präsentiren. Ja, die allerneueste Zeit hat Angriffe gebracht, welche angelegt sind die durch die Arbeit verflossener Decennien aufgerichteten Merkzeichen umzureissen, die Specificität der einzelnen Formen zu leugnen, die Osteomyelitis mit Pyämie zu identificiren soweit erstere ihre Entstehung einer Staphylokokkeninvasion verdankt. Vergegenwärtigen Sie sich in flüchtigen Umrissen das Gebiet, auf dem die in Rede stehende Erkrankung sich abspielt. In dem Haversischen System durchziehen die Blutgefässe den Knochen. In den langausgedehnten Kanälen der Compacta sind sie nur von spärlich entwickeltem Zellgewebe umgeben, dasselbe nimmt zur Spongiosa hin an Mächtigkeit zu, um hier — in der Spongiosa — die Knochensubstanz in den Hintergrund zu drängen. Die Kanäle des Haversischen Systems sind hier kurz und breit geworden, die zwischenliegende Knochensubstanz schlank und dünn. Im centralen Mark der Röhrenknochen endlich haben die Weichtheile sich derart entwickelt, dass die Knochensubstanz auf ein Minimum reducirt, nur noch in feinsten Knochenbälkchen vorhanden ist.

In der Spongiosa sowohl wie in der Compacta zweigen Kanäle des Haversischen Systems ab, verlaufen direct nach aussen und nach innen und vermitteln so die Gefässcommunication einerseits mit den Gefässen des Periosts, andererseits mit den im Röhrenmark sich verästelnden Aa. nutritiae.

Ein principieller Unterschied zwischen dem zelligen mit Fett reichlich untermengten Gewebe, das die Gefässe in den Haversischen Kanälen einscheidet und dem Fettmark der Röhrenknochen existirt nicht.

Diese gleichartige Beschaffenheit des Röhrenmarks, des Marks der Spongiosa und, soweit solches vorhanden auch der Compacta, muss betont werden gegenüber den früher aufgestellten Entzündungsformen am Knochen, gegenüber der Unterscheidung von Osteomyelitis, Ostitis u. s. w.

Der Entzündung sind direct und in erster Linie die Weichtheile des Knochens unterworfen; ob diese nun in der Spongiosa oder im Röhrenmark zuerst erkranken, darf auf die Nomenclatur der Erkrankung keinen Einfluss haben, es handelt sich eben nur um eine Erkrankung der Weichtheile — des sog. Markes der Knochen, um eine Osteomyelitis.

Selbst wenn eine Entzündung — derselben muss natürlich eine gewisse Progredienz eigenthümlich sein — jenes Gefässgebiet primär betrifft, welches in Gestalt ausgebuchteter Capillaren die innerste Grenze des Periostes bedeutet, müssen wir des Zusammenhanges dieser Gefässe mit dem Haversischen System eingedenk, den Fortgang und die weitere Ausbreitung der Entzündung in den Weichtheilen des Knochens suchen. Für unser therapeutisches Handeln ist dieses ungemein wichtig, da wir uns nicht mit der Diagnose «eitrige Periostitis» und einer Incision blos bis auf den Knochen begnügen dürfen.

Je acuter die Entzündung einsetzt, je stärker das Knochenlager zwischen den Haversischen Kanälen, desto eher reagirt die zwischen die entzündeten Weichtheile eingeschaltete Knochensubstanz durch Nekrose, sie stirbt ab, sei es nun in Gestalt eines corticalen Blättchens, einer grösseren Platte, eines halbcylindrischen oder gar röhrenförmigen, eventuell die ganze Diaphysenlänge begreifenden Sequesters.

Je mehr die Knochensubstanz gegenüber den Weichtheilen im Haversischen System zurücktritt, desto seltener kommt es zur Nekrose. Die Knochensubstanz reagirt auf die entzündliche Zellenhyperproduction der einge-

schlossenen Weichtheile durch Erweichung. sie wird arrodirt, rareficirt, die ganze betroffene Partie gewinnt eine weichere Consistenz, ja schliesslich kann es zu völligem Schwund der Knochensubstanz bis auf eine dünne corticale Schicht compacten Knochens kommen.

Dieser passiven Rolle der Knochensubstanz steht eine active gegenüber — die Bildung neuer Knochensubstanz — welche dort spielt, wo der Entzündungsreiz ein schwacher, schleichend sich entwickelnder ist und wo er eine gewisse. recht niedrige Grenze nicht überschreitet.

Die entzündliche Knochenhyperproduction ist nicht etwa eine Leistung der fertig vorhandenen Knochensubstanz, sondern ebenfalls der Weichtheile des Knochens, und zwar findet sie nicht nur von der innersten Schicht des Periostes — der sog. «zone ostéogène» Ranviers aus statt, sie ist auch eine Function des Knochenmarks, des Röhrenmarks sowohl, wie desjenigen des Haversischen Systems. Die Knochensubstanz nimmt an Mächtigkeit zu, nach aussen hin und auf Kosten des Haversischen Systems, endlich kann es zu vollständiger Eburnisation kommen. Ferner haben wir uns zu vergegenwärtigen, dass während der Wachsthumsperiode ein entzündlicher Reiz Längenwachsthum des Knochens in abnormer Weise hervorrufen oder aber Zurückbleiben desselben bedingen kann durch seine Einwirkung auf den Epiphysenknorpel, jene zwischen Diaphyse und Epiphyse eingeschaltete Knorpelscheibe, welche an den flachen Knochen in den Randepiphysenknorpeln ihr Analogon findet.

Endlich übt unter Umständen Entzündung einer Diaphyse eine Art Fernwirkung auf das nächstliegende Gelenk aus, insofern sich in letzterem seröses Exsudat bildet, obgleich der Epiphysenknorpel und die Epiphyse selbst noch intact sind. Mit Zerstörung des Epiphysenknorpels und damit meist Hand in Hand gehender Erkrankung der Epiphyse selbst, ist eine weitere Umwandlung des Exsudats gegeben, da nunmehr eine directe Beeinflussung des Gelenkinhaltes durch die Entzündungserreger gegeben ist.

Auf dem soeben beschriebenen Terrain vollzieht sich die Invasion einer Anzahl von Mikroben: der Staphylo- und Streptococcus vor Allen, der Pneumococcus, der Typhusbacillus, der Tuberkel- und Leprabacillus, ja auch Actinomycose und Lues treten hier gleichfalls in die Erscheinung.

Gestatten Sie mir zunächst die Actinomycose, Lues und Lepra aus dem Kreise unserer Betrachtung auszuschliessen, und an die Besprechung jener Knochenerkrankungen zu treten, bei der die Entzündung mit Eiterbildung verläuft, es sich um eitrige Osteomyelitis, gew. Osteomyelitis schlechtweg genannt, handelt.

Wir werden ferner auch die Tuberculose ausscheiden müssen, obgleich die neueren Autoren dem Tuberkelbacillus eine eiterbildende Eigenschaft zugesprochen, mithin den bei der Tuberculose gefundenen Eiter mit dem bei der Staphylococcen-Osteomyelitis producirten identificirt haben.

Klinisch ist diese Identificirung jedenfalls noch nicht durchgesetzt worden. Sehen Sie sich einen entleerten, primär vernähten tuberculösen Abscess an, auch wenn sein Inhalt wie richtiger Eiter ausgesehen hat — wie reactionslos verkleben die Wundränder, legt sich die Wundhöhle zusammen, und was entsteht, wenn sie einen Staphylococcenabscess durch Naht vereinigen würden!

Differentiell diagnostisch käme die Tuberculose nur da in Betracht, — bei ihrem fast ausschliesslich epiphysären Sitz — wo es sich um die Frage handelt, ob eitrige Epiphysenosteomyelitis vorliegt. Was den Pneumococcus anbetrifft, so liegen zunächst nicht genügend Beobachtungen vor, um klinisch die durch ihn geursachte Osteomyelitisform sicher zu diagnosticiren und als besondere Species von der eitrigen Osteomyelitis abzugrenzen. Gangolphe[1]) hebt hervor (nach Mirowitsch), dass bei dieser Form die Periostablösung durch Eiter und die Sequesterbildung fehle, dagegen frühzeitige Gelenkaffection prävalire. Präciser können wir uns zur Frage der durch den Typhusbacillus geursachten eitrigen Osteomyelitis stellen dank den Arbeiten von Ebermann, Rosenbach, Helferich, Orlow, Fränkel u. v. A. und ganz besonders dank der Arbeit Klemm's[2]), der in überzeugender Weise das durch den Eberth'schen Typhusbacillus gelieferte Entzündungsproduct unterscheidet von dem der eitrigen Osteomyelitis. Der Typhusbacillus producirt ein seröses oder hämorrhagischseröses Fluidum. Klemm hat das Verdienst, in einem Fall von exquisiter sog. albuminöser Periostitis Typhusbacillen nachgewiesen zu haben. Bisher ist die Entstehung dieser interessanten Form der Osteomyelitis einer abgeschwächten Wirkung des Staphylococcus zugeschrieben worden (Garré, Schlange).

Charakteristisch ist ferner für die Typhuserkrankung des Knochens der vorwiegend corticale Sitz der Sequester, welche sich meist langsam unter geringen localen Reactionserscheinungen, jedoch mit heftigen Schmerzen bilden. Die Osteomyelitisform, welche sich im Anschluss an den Typhus, in der Reconvalescenz oder noch später entwickelt, und sich der eitrigen Osteomyelitis in Bezug auf die Beschaffenheit des Eiters und der Knochennekrose an die Seite stellt, ist nach den Untersuchungen Klemm's in der That nichts anderes als eine richtige eitrige Osteomyelitis — eine Mischinfection von Eberth'schem Bacillus und Staphylococcen, oder es ist der Staphylococcus eingewandert auf den durch den Typhusbacillus vorbereiteten, der Infection besonders zugänglich gemachten Boden.

Die Staphylococcen-Osteomyelitis ist von Pasteur als «furoncle des os» bezeichnet worden. In der That sehen Sie in einer Reihe von Fällen am spongiösen Ende der Diaphyse eines Röhrenknochens — in der region juxta-épiphysaire der Franzosen — den rothen, hyperämischen erweichten Knochen durchsetzt von kleinen, gelben Eiterheerden, welche einzeln verstreut oder gruppenweise zusammenstehend, meist die Neigung zum Confluiren zeigen und eine Parallele mit dem Furunkel der Haut möglich erscheinen lassen.

Meist findet man bei den zur Operation kommenden Fällen die Maschen der Spongiosa in grösserer Ausdehnung eitrig infiltrirt, die einzeln stehenden Abscesschen in der Minderzahl, mehr in der Peripherie der Spongiosa, aber auch in der Compacta vorhanden. Das Röhrenmark zeigt vorherrschend die Neigung zu mehr weniger ausgebreiteter eitriger Einschmelzung, miliare Abscesschen sind hier selten, frühzeitig findet sich Eiter zwischen dem Knochen und dem Periost, die in demselben schwimmenden Fetttropfen sind ein Beweis für die enorme Steigerung des Innendruckes im entzündeten Knochen, für die Geschwindigkeit. mit der durch die entzündliche Infiltration das Fett verdrängt und mit dem Eiter durch die Haversischen Kanäle herausgepresst wird. Dergestalt wird beim Röhrenknochen die Compacta aussen und innen, von Eiter umspült und stirbt ab. Wie weit die Ausdehnung der Nekrose reichen wird, ist a priori nicht zu bestimmen und hängt sehr wesentlich von der Therapie ab. Bei frühzeitigem und radicalem Eingriff sind schon recht bedeutende Periostablösungen wieder rückgängig geworden und hat die befürchtete ausgedehnte Nekrose sich auf einen kleinen Sequester reducirt.

Wo das Periost nahezu in seiner Totalität abgelöst ist und wo namentlich eine Lockerung der Diaphyse in ihren beiden Epiphysenlinien hinzugekommen, ist eine Totalnekrose sicher. wenn nicht bereits früher die schwere

[1]) Maladies infect. et parasit. des os. pag. 414.
[2]) Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. Bd. 46 pag. 862.

Allgemeinerkrankung, die diesen Fällen eigenthümlich, dem Leben ein Ende macht.

Das klinische Bild der Osteomyelitis ist in seinen Erscheinungen ein derart mannigfaltiges, dass dasselbe am besten in Gruppen getheilt Ihnen vorgeführt werden soll.

Entgegen der Eintheilung Garré's[3]), der 10 Unterabtheilungen der Osteomyelitis aufführt, halte ich Gangolphe's Eintheilung in foudroyante, schwere und benigne Osteomyelitis für die praktisch brauchbarste, und würde nur proponiren statt schwere und benigne: typische und atypische Form von Osteomyelitis zu sagen.

Bei der foudroyanten Form tritt die Schwere der Allgemeinerkrankung in den Vordergrund, der typhöse Zustand, der rasche Kräfteverfall. An der erkrankten Extremität ist Schwellung, Oedem der Haut, Infiltration der Weichtheile, undeutliche Fluctuation in der Tiefe, grosse Druckempfindlichkeit des Knochens zu constatiren. Eine starke venöse Stase lässt die cutane Venenzeichnung deutlich hervortreten.

Meist tritt der Tod ein bevor es zu stärkerer Eiterproduction gekommen. Der rapide Verlauf und die häufige Localisation an den Epiphysen erschweren die Diagnose und lassen die chirurgische Behandlung meist zu spät kommen.

Bei der II. Gruppe treten die localen Erscheinungen mehr in den Vordergrund. Von schweren Symptomen der Allgemeinerkrankung eingeleitet, entwickelt sich das Bild schwerer localer Entzündung, starker Eiterung in der Tiefe der befallenen Extremität. Die bei der I. Gruppe erwähnte teigige Schwellung, die undeutliche Fluctuation macht bald einem deutlichen Schwappen Platz.

Das hohe Fieber fällt ab — meist nur vorübergehend — in dem Moment, wo der unter enormem Druck stehende Eiter das abgelöste Periost rupturirt und sich nun in die Umgebung ergiesst, sich in den Muskelinterstitien ausbreitet. Enorme Eitersenkungen sind die Folge, wenn die Hülfe auch jetzt noch nicht erscheint. Selbst wenn spontan der Durchbruch nach aussen erfolgt, ist der letale Ausgang die Regel, sei es, dass er in den nächsten Wochen bis Monaten erfolgt, nachdem an den verschiedensten Skelettabschnitten neue Knochenheerde, in den Lungen, den Nieren secundäre Abscesse aufgetreten waren, oder sei es, dass Perioden relativen Wohlsein's selbst für längere Zeit folgen bis der Organismus in dem vergeblichen Bestreben die localen Störungen — die Nekrose des Knochens — zu eliminiren in dem Kampf mit der damit verbundenen langwierigen Eiterung und allen ihren Folgen (secundäre Eiterheerde, amyloide Degeneration innerer Organe u. A.) erliegt.

Für die typischen Osteomyelitisfälle ist festzuhalten, dass eine vollständige Restitutio in integrum ohne Kunsthülfe nicht möglich ist.

Die Epiphysenosteomyelitis, welche ausschliesslich in die I. und II. Gruppe hingehörige Erkrankungen liefert, kann insofern diagnostische Schwierigkeiten machen, als die Mitbetheiligung des Gelenks das Krankheitsbild beherrscht. Nun sind aber Erguss im Gelenk, intensive Schmerzen, Fieber, auch einer gonorrhoischen Erkrankung oder acutem Gelenkrheumatismus eigen. Indessen wird bei ersterer die Anamnese bereits Anhaltspunkte geben, dann aber machen weder Tripperknie z. B. noch die rheumatische Erkrankung des Kniegelenks eine derartige Schwellung wie die Osteomyelitis, bei der die cutanen gefüllten Venen, das teigige Oedem, die bei sorgfältiger Palpation unverkennbare Auftreibung des Knochens die richtige Diagnose ermöglichen. Seiner versteckten Lage wegen bietet das Hüftgelenk die meisten Schwierigkeiten für die Diagnose und die Erkrankung seiner angrenzenden Epiphysen eine ungünstige Prognose, weil ein actives therapeutisches Vorgehen meist zu spät beschlossen wird. Endlich illustrirt die Gelenkerkrankung bei einer Epiphysenosteomyelitis deutlich, welch eclatanter Unterschied zwischen ihr und dem metastatischen Empyem desselben Gelenks bei Pyämie besteht.

Dort die lebhafte Mitbetheiligung der ganzen Umgebung, das entzündliche Oedem der tiefergelegenen Theile, die starke venöse Stauung, die lebhafte Druckempfindlichkeit, hier vollzieht sich meist ohne alle locale Vorboten die Erkrankung des Gelenks, plötzlich — oft zufällig entdeckt — ist das Gelenk bis zum Schwappen mit Eiter gefüllt und die bedeckende Haut zeigt kaum je eine Veränderung ihres Aussehens.

Der gleiche Unterschied wiederholt sich überall, wo man einen pyämischen Abscess mit einem durch Osteomyelitis bedingten vergleicht. Berücksichtigen wir ferner die sonstigen charakteristischen Symptome der Pyämie, die Schüttelfröste, die multiplen Weichtheilabscesse, die eigenartige Gestalt der Temperaturcurve, so müssen wir die Behauptung Jordan's:[4]) «Die acute Osteomyelitis ist eine pyämische Erkrankung der Entwickelungsperiode» für nicht richtig gewählt erklären.

Zwar kann jede Osteomyelitis — bei nicht rationeller Behandlung — zur Pyämie führen, indem sich ihr Krankheitsbild dann ändert, aber dasselbe kann bei jedem Furunkel und namentlich Carbunkel geschehen, ohne dass dieselben deswegen pyämische Erkrankungen genannt werden dürfen.

Auch die secundären Knochenherde sind keineswegs unbedingt als pyämische Metastasen aufzufassen.

Gussenbauer[5]) hält dafür, dass die mehrfachen Knochenheerde und die der innern Organe bei der acuten Osteomyelitis gleichzeitig angelegt seien.

Zweifellos beansprucht die Entwickelung der einzelnen Knochenheerde zu diagnosticirbaren Depots je nach Umständen verschieden lange Zeit. Ferner ist constatirt worden, dass Staphylococcen sich sehr lange Zeit — Jahre hindurch — in einem Stadium der Latenz im Knochen halten können, um dann plötzlich zu einer typischen Osteomyelitiserkrankung — oft mit schweren Allgemeinerscheinungen — zu führen.

Allein ebenso steht die Beobachtung fest, dass je frühzeitiger und je radicaler eine Osteomyelitis operirt wird, desto sicherer das Auftreten secundärer Heerde ausbleibt. Früher konnte man die Unterscheidung zwischen dem secundären osteomyelitischen Herd und einem pyämischen Abscess in der Weise machen, dass man den ersteren auf eine erneute Ansiedlung des Krankheitsvirus geschoben, etwa in der Weise wie beim acuten Gelenkrheumatismus die einzelnen Gelenke zeitlich getrennt von einander befallen werden, während man den metastatisch pyämischen Process durch eine Verschleppung des Krankheitsproducts — des Eiters — sich erklärte. Allein dieser Auffassung wird heut zu Tage die Berechtigung abgesprochen (v. Recklinghausen[6]), und müssen wir uns daher bescheiden, bis die pathologische Anatomie eine befriedigende Differenzirung dieser Vorgänge gefunden, welche sich klinisch strict auseinanderhalten lassen. In einer Reihe von Fällen dieser II. Gruppe sind neben den Staphylococcen auch Streptococcen gefunden worden, in einer weiteren Zahl von Fällen ausschliesslich Streptococcen. Zunächst ist es jedoch noch nicht gelungen diese Fälle klinisch abzugrenzen. Gangolphe, Lannelongue und Achard u. A. differiren einstweilen sogar in den Grundzügen des von ihnen entworfenen klinischen Bildes.

[3]) Bruns Beiträge zur klin. Chirurg. X p. 241 u. ff.

[4]) Jordan: Bruns Beiträge zur klin. Chir. Bd. X, pag. 752.
[5]) Gussenbauer: Verhandl. des Chir. Cong. Berlin 1894.
[6]) v. Recklinghausen. Deutsche Chirurgie. Handbuch d. allg. Pathol. pag. 173.

In die III. Gruppe — die atypischen Fälle — müssen wir Fälle hineinstellen, über deren Zugehörigkeit zur eitrigen Osteomyelitis die Zukunft eventuell anders entscheiden wird, wenn es gelingt in befriedigender Weise den Widerspruch zu lösen, der sich zwischen dem Staphylococcenbefund im Entzündungsproduct dieser Fälle und ihrem klinischen Bilde findet, welches entschieden vom Typus der Staphylococcenerkrankung abweicht. Der Fund von Staphylococcen einerseits in serösen Exsudaten, von Typhus- und Tuberkelbacillen andererseits in eiterähnlichen Ergüssen hat die Autoren veranlasst phlogogene und pyogene Wirkung allen den im Knochenmark gefundenen Mikroben zuzusprechen, und nur den Staphylo- und Streptococcen die pyogene Wirkung in ganz besonderem Maasse zu vindiciren (K. Müller[7]).

Dass dieser Standpunkt sehr wenig befriedigt, indem er klinisch wesentlich differirende Bilder unter einen grossen ätiologischen Hut bringt, liegt auf der Hand.

Gestatten Sie mir nun kurz die einzelnen Abweichungen zu skizziren, die im Hinblick auf den in der II Gruppe geschilderten Typus vorkommen; dieselben beziehen sich 1) auf den Ausgang 2) auf das Entzündungsproduct 3) auf den Beginn der Osteomyelitis.

1. giebt es Fälle, welche in typischer Weise einsetzen, allein der weitere Verlauf ist atypisch: nach wenig Tagen ist das Fieber abgefallen, die Schwellung bildet sich zurück, die Schmerzhaftigkeit schwindet und der Kranke scheint genesen, erst nach längerer Zeit erfolgt unter geringen localen Entzündungserscheinungen die Abstossung a) eines kleinen Sequesters, b) es kommt nach Jahren zur Bildung eines Knochenabscesses, c) es entwickelt sich allmählich Hypertrophie der Knochensubstanz bis zur Eburnisation. Die ossificirende Osteomyelitis kann mit intensiven Schmerzen verbunden sein (Gosselin's ostéite à forme névralgique). Diese «forme névralgique» kommt aber auch da vor, wo im Knochen d) Herde entzündlicher Einschmelzung der Knochensubstanz sich etablirt haben. Glücklicherweise ist die forme névralgique selten, meist hat sie ihren Sitz in der Tibia, doch habe ich einen Fall beobachten können, wo im Oberschenkel die unsäglichsten Schmerzen Platz gegriffen hatten. Mehrfache Eingriffe brachten immer nur vorübergehenden Erfolg, obgleich successive die ganze Femurdiaphyse zur Aufmeisselung gekommen war, wobei mehr oder weniger ausgedehnte, aber von einander deutlich abgegrenzte Erweichungsherde auf's sorgfältigste entfernt wurden. Wiederholt wird im Verlauf dieser rareficirenden Form Spontanfractur beobachtet. e) Unter recidivirender Osteomyelitis sind jene Fälle gemeint, wo nach überstandener typischer Erkrankung, trotz rationeller Behandlung, doch immer wieder eine Osteomyelitis in dem betroffenen Knochen sich wiederholt. Solche Kranke können mehrfach zur Operation kommen. Jede neue Attaque ruft gewöhnlich immer geringere Allgemeinerscheinungen hervor.

2. Eine weitere Kategorie von Fällen setzt ebenfalls typisch ein, allein das gelieferte Entzündungsproduct ist nicht Eiter.

Wohl kommt es im Knochen zur Nekrose, allein der Sequester ist umgeben von a) einer eingedickten, käseartigen Masse, von der auch das Spatium zwischen abgelöstem Periost und dem Knochen angefüllt ist. b) Das Periost kann von einer serösen eiweisshaltigen, mehr oder weniger tingirten Flüssigkeit abgelöst werden, welche in geringer Menge Eiterkörperchen, Fett und in einem Theil der Fälle Staphylococcen enthält. Nur Klemm ist es gelungen Typhusbacillen in dem sog. albuminösen Exsudat nachzuweisen.

[7]) K. Müller. Der jetzige Stand der Eiterungsfrage vom bakt. Standpunkt aus. Centralbl. f. Bakteriol. u. Parasitenk. 1894. pag. 807.

3. In der 3 Kategorie von Fällen weicht der Beginn der Erkrankung vom Typus ab. Meist ohne Vorboten tritt eine ephemere Temperatursteigerung ein, an die sich einige Wochen subfebriler Temperatur schliessen können. Die erkrankte Extremität schmerzt, meist localisirt sich der Schmerz in der Nähe des Gelenks, in diesem tritt ein Erguss auf, der durch Compression und Ruhe wieder schwindet, um dann wieder aufzutreten, sobald etwas ausgiebigere Bewegungen vorgenommen werden.

Das sind die Fälle, welche gewöhnlich für Tuberculose gehalten werden bis ein Abscess den Irrthum aufdeckt, der typischen Osteomyelitiseiter enthaltend, entweder zwischen Periost und Knochen sitzt oder das Periost blos an einer Stelle abgehoben und rupturirt hat und dann an seiner Aussenseite sich hinabgesenkt hat Verbreitet der Abscess sich z. B. vom untern Femurende ausgehend in die Kniekehle, so kann er dank den anatomischen Verhältnissen eine Zeitlang der Entdeckung entgehen, zumal da kein Fieber besteht und das Bein eventuell auch noch in einem immobilisirenden Verbande gehalten wird. Es kann auf diese Weise — wie ich das einmal zu beobachten Gelegenheit gehabt — der Abscess in das Kniegelenk hinein perforiren. Hier hatte thatsächlich die Temperatur einige Abende 38,0 und 38,3° betragen, aber dieses brauchte garnicht einmal auf den sich vollziehenden Durchbruch bezogen zu werden, sondern fand durch eine während dieser Zeit spielende Angina ihre genügende Erklärung

Hierher wären endlich auch die Fälle zu stellen, welche von Gangolphe als «osteoarthropathies infectieuses chroniques d'emblée» in einem gesonderten Kapitel betrachtet worden sind. In meiner Abtheilung sind ein paar derartiger Fälle in verschiedenen Stadien der Entwickelung zur Beobachtung gekommen. Im vorgeschrittensten Fall wurden Staphylococcen nachgewiesen. Schleichend hatte sich hier eine Auftreibung des unteren Viertels einer Femurdiaphyse ausgebildet, der Kranke hatte Schmerzen sobald er auftrat, im Gelenk war mässiger Erguss vorhanden, passiv waren die Bewegungen im Gelenk schmerzlos. Fieber wurde in Abrede gestellt, bestand auch bei der Aufnahme nicht Bei der Operation erwies sich die ganze aufgetriebene Partie des Oberschenkelknochens mit einem flüssigen Detritus erfüllt, bestehend aus dunkelroth verfärbter erweichter Knochensubstanz und hämorrhagischer, Fetttropfen enthaltender Flüssigkeit. Beim Evidement erwies sich die Corticalis derart verdünnt, dass sie bei jeder Lageveränderung des Beines einknickte, sie wurde daher gleichfalls entfernt. Die Heilung erfolgte, wenn auch langsam und mit Verkürzung so doch mit fester Consolidation.

M. H. Aus dem Ihnen Dargelegten sehen Sie wie mannigfaltig die Abweichungen vom Typus sein können! Wo sollen wir die Erklärung hierfür suchen?

Ausser dem bereits erwähnten Wege, den die neuesten Arbeiten eingeschlagen und der dahin führt, phlogogene, pyogene und nekrotisirende Wirkung allen hier in Betracht kommenden Mikroorganismen zuzuschreiben und damit jeder Art zu vindiciren, dass sie gelegentlich jede Form hervorbringen kann, ausser diesem Wege hätten wir dann noch die Theorie von der abgeschwächten Wirkung des Staphylococcus zu erwähnen.

Wodurch eine derartige abgeschwächte Wirkung zu Stande kommt — ist ja noch eine absolut ungelöste Frage. Dass aber eine Abschwächung der Wirkung des Osteomyelitisvirus auf den Gesammtorganismus zu existiren scheint, dafür sprechen mehrfach Beobachtungen, vor Allem die, dass bei nacheinander erkrankenden Knochen oder bei der sog. recidivirenden Osteomyelitis, wenn die Recidive in kürzeren Intervallen einander folgen, die Allgemeinerscheinungen immer schwächer werden resp ganz fortbleiben können.

Bei einem 13 jährigen Mädchen, dem 1892 wegen schwerer Osteomyelitis die eine Tibiadiaphyse total resecirt, das andere Bein im Oberschenkel amputirt wurde, entwickelte sich 1½ Jahre später eine Osteomyelitis des Darmbeins ohne alle Fiebererscheinungen, trotzdem die producirte Eitermenge, welche den Knochen allseitig umspülte ca. 3 Liter betrug.

Dass diese Immunität gegen die Allgemeinwirkung des Osteomyelitisvirus eine vorübergehende, dafür scheinen die Fälle von Spätrecidiven zu sprechen Wenn 10 bis 40 Jahre nach erstmaliger Erkrankung wiederum die betr. Extremität erkrankt, so pflegt die Intensität der Allgemeinerscheinungen eine recht heftige zu sein. Kraske und Garré wollen diese Fälle als Neuerkrankungen aufgefasst wissen, während Gangolphe mit Recht hervorhebt, dass es doch merkwürdig sei, warum die Neuerkrankung immer nur die einmal bereits betroffene Extremität befalle!

M. H. Ich fürchte Sie bereits zu lange aufgehalten zu haben, deshalb übergehe ich das interessante Kapitel der Knochenerkrankungen im Anschluss an Scharlach, Pocken und andere Infectionskrankheiten, da diese Erkrankungen nicht aus dem Rahmen der soeben besprochenen Osteomyelitisformen heraustreten. Betonen will ich nur, dass in der Aetiologie der Osteomyelitis auch den Infectionskrankheiten eine gewisse Rolle zufällt.

Ich wende mich nun noch kurz der Therapie zu. Dieselbe kann und darf nur den Principien folgen, welche maassgebend sind für alle Fälle von Eiterung. Freier Abfluss für den Eiter, breite Eröffnung des ganzen Gebietes, das den Eiter producirt, eventuell gänzliche Elimination desselben Die Spaltung der Weichtheile bis auf den Knochen darf nur ein Nothbehelf sein und zwar nur da, wo die äusseren Verhältnisse, etwa die mitgenommenen Instrumente für ein radicales Vorgehen ungeeignet sind. Stets ist der Knochen breit zu eröffnen und zwar nicht nur die Markhöhle, sondern das dem erkrankten Gebiet entsprechende spongiöse Ende der Diaphyse, event. beide.

Ist die Allgemeinerkrankung eine foudroyante oder sehr schwere, die Schwellung der Extremität eine diffuse, das Knochenmark diffus von miliaren Abscessen durchsetzt, dann ist die Totalresection indicirt, selbst wenn die Periostablösung keine ungewöhnlich ausgedehnte. Sie werden beim Beobachten dieser Indicationen für die Totalresection eine Anzahl von Fällen am Leben erhalten, die sonst unrettbar verloren wären.

Auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin sind Stimmen gegen die Totalresection laut geworden. Meine Erfahrung die sich auf mehr als 150 Fälle stützt, hat mich ein Anderes gelehrt und stimme ich den französischen Autoren ganz zu, die wohl die Indication für die Totalresection möglichst eng gezogen wissen wollen, aber innerhalb dieser Grenzen auch nur in der Totalresection die einzige Heilungsmöglichkeit sehen.

An den flachen Knochen ist der Nachtheil, welchen die Totalresection für die Function des betreffenden Körpertheils bringt, eigentlich gleich Null zu setzen, da bei einigermaassen erhaltenem Periost von den ausgedehnten Periostflächen unschwer die dünne Knochenlamelle producirt wird, welche genügt um die Function des alten Knochens zu ersetzen.

Bei den Röhrenknochen liegen die Verhältnisse natürlich anders, hier wird es in der That vorkommen, dass der Operirte vielleicht zeitlebens zum Gebrauch eines Schienenapparates gezwungen ist.

Bei den Tibiaresectionen bleibt die Stelle, wo oben der Tibiaschaft beginnt, häufig weich, auch wenn der ganze Schaft und die dem spongiösen oberen Ende entsprechende Partie durch festen neugebildeten Knochen ersetzt ist.

Von 7 totalen und 1 partiellen Resection der Tibia, welche in den letztverflossenen 4 Jahren in meiner Abtheilung gemacht worden sind, ist ein Fall ohne alle Spur von Knochenregeneration entlassen worden und hat sich auch später keine solche eingestellt. In diesem Fall war die Heilung ganz besonders rasch von statten gegangen. Seitdem lasse ich die mit Gaze ausgestopfte Periosthöhle längere Zeit tamponirt, bis ich beginnende Knochenproduction von Seiten des Periost merke. Die übrigen Fälle sind alle mit Schienen entlassen worden, haben sich aber an den Gebrauch derselben so gewöhnt, dass sie durch dieselben kaum behindert werden — wenigstens was die Fälle anbetrifft, die ich habe im Auge behalten können. Innerhalb des oben erwähnten Zeitraums sind in meiner Abtheilung gemacht worden:

2 Resectionen des os innominatum — also einer Beckenhälfte nach vorausgegangener Exarticulation des Oberschenkels. Beide Fälle sind mit wenig secernirender Fistel entlassen worden:

2 totale Darmbeinresectionen sind geheilt, ebenso 3 partielle Darmbeinresectionen.

2 totale Darmbeinresectionen sind gestorben, der eine Fall jenes vorhin erwähnte Mädchen betreffend, starb in Shok wenige Stunden nach der Operation Der zweite war eigentlich seines desolaten Zustandes wegen inoperabel, er überlebte den Eingriff, der nicht einmal radical ausgeführt werden konnte, um etwa 10 Tage.

2 partielle Femurresectionen sind mit guter Consolidation geheilt.

2 totale und 1 partielle Fibularesection sind mit vollkommener Knochenregeneration entlassen worden, 1 partielle ging vor Eintritt derselben nach Hause.

1 Ulna-, 1 Clavicula-, 3 partielle Rippen-Resectionen sind mit guter Regeneration entlassen worden.

M. H. Von 27 derart Operirten ist es gelungen 25 dem Leben zu erhalten! Angesichts der Schwere der Erkrankung ist das Loos eine Zeitlang — selbst wenn es das ganze Leben wäre — einen leichten Apparat zu tragen, kein zu schweres.

Ich beklage unter den 15 Todesfällen, welche ich in den letzten 4 Jahren bei ca. 125 Osteomyelitisfällen — die Nekrosen nicht mit eingerechnet — gehabt, mehrere, denen wahrscheinlich das Leben erhalten worden wäre, hätte ich mich zur Totalresection rechtzeitig entschlossen.

Ueber den Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse.

Vortrag gehalten am 6. Sept. 1894 auf dem 6. livländischen Aerztetag in Wolmar.

Von

Ernst Sokolowski,

Ordinator des Irrenhauses auf Alexandershöhe bei Riga.

Im vergangenen Jahre fand ich Gelegenheit, in der psychiatrischen Abtheilung eines Aerztecongresses einen Vortrag des Prof. Tschisch «Zur Aetiologie und Therapie der progressiven Paralyse» zu hören. Es handelte sich im Wesentlichen um die statistische Zusammenstellung und kritische Durchsicht aller ätiologischen Möglichkeiten für die Entstehung der progressiven Paralyse. Die Zahlen an sich sprachen lebhaft, die im Laufe des Vortrages eröffneten Gesichtspunkte waren wohl geeignet, die Nothwendigkeit vorhergegangener Syphilis für alle Fälle der progressiven Paralyse wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Die an den Vortrag sich knüpfende Debatte war lebhaft, alles wurde erwähnt, was irgend pro resp. contra in Betracht gezogen werden konnte, — nur einer Frage wurde mit keiner Silbe Erwähnung gethan: Was nämlich die verschiedenen Redner eigentlich unter «progressiver Paralyse» verstanden. Denn das war von vornherein zu constatiren, dass die Lebhaftigkeit der gegen

die Nothwendigkeit vorhandener Syphilis Opponirenden in direct proportionalem Verhältnisse stand zu der Weite der Schranken, in denen sich bei ihnen die Diagnose der progressiven Paralyse bewegte. Durch diese Beobachtung fühle ich mich berechtigt, heute einige Worte über die Aetiologie und Diagnose der progressiven Paralyse zu verlieren.

Ich habe unter allen in meiner Pflege gewesenen Paralytikern, die von mir wie von anderen als solche aufgefasst worden waren, eine beträchtliche Anzahl solcher Patienten ausfindig gemacht, die einem oder mehr Erfordernissen für eine Diagnosticirung der progressiven Paralyse eigentlich nicht entsprechen. Unter diesen hauptsächlichen Erfordernissen verstehe ich:

1) Das Vorhandensein der motorischen Symptome bereits zu Beginn der Krankheit

2) Die Progression im Verlaufe.

3) Den entsprechenden pathologisch-anatomischen Befund.

Zu meinen Beobachtungen und Zusammenstellungen habe ich das Material der Irrenanstalt zu Alexandershöhe seit anno 1869 und dasjenige der Dorpater Klinik für Nerven- und Geisteskranke seit deren Gründung 1883 benutzt, welches mir Prof. Tschisch freundlichst zur Verfügung gestellt hat. Im Ganzen stehen mir 281 Krankengeschichten von Paralytikern zur Verfügung. Davon sind ohne nennenswerthe Anamnese 132, die Anamnese bekannt bei 149. Nur diese 149 habe ich benutzt, um alles Ungewisse möglichst bei Seite zu lassen. Unter den 149 Paralytikern mit genauer Anamnese giebt es:

I. Notorisch Syphilitische: 109 = 73 pCt.
II. Wahrscheinlich Syphilitische: 15 = 10 pCt.
III. Nicht Syphilitische: 25 = 17 pCt.

Die genaue Beprüfung der I. und III. Gruppe lag nun in meinem besonderen Interesse und bei Durchsicht aller Krankengeschichten und Sectionsprotokolle resp. Prüfung der Patienten selbst erweist sich, dass bei den nichtsyphilitischen Paralytikern das Fehlen der hauptsächlichen Erscheinungen der progressiven Paralyse sich folgendermaassen vertheilte: Es fehlte

Die Progression in 1 Falle.

Der anat.-pathol. Befund in 1 Fall.

Die motorischen Symptome und die Progression in 6 Fällen.

Die motorischen Symptome und der anat.-path Befund in 1 Fall.

Die Progression und der anat.-pathol. Befund in 1 Fall.

Die motorischen Symptome, die Progression und der path. anat. Befund in 6 Fällen.

Das heisst, in den Fällen, die zur Section kamen, fehlte der anatomisch-pathol. Befund der progressiven Paralyse und allen 16 oben erwähnten Fällen gemein ist das Fehlen der Progression im Krankheitsverlaufe.

Besteht nun gleich die Berechtigung um dieses Umstandes willen die letztgenannten Fälle aus der Zahl der progressiven Paralytiker zu streichen, so bleibt doch die Diagnose in den 9 übrigen Fällen unstreitig trotz des nach der Anamnese notorischen Nichtvorhandenseins der Syphilis in der Vorgeschichte der Patienten.

Indessen sind die 109 i. e. 72 pCt. notorisch syphilitischen Paralytiker sämmtlich progressive Paralytiker. Absolut bewiesen ist hierdurch allerdings nichts; das vorliegende Material an sich fordert nur auf zur Einengung der Diagnose «progress. Paralyse» und betont die bekannte Thatsache, dass der Syphilitische disponirt ist zur Erkrankung an progress. Paralyse.

Die progressive Paralyse ist ein durchaus circumscriptes, sehr präcise abgegrenztes Krankheitsbild und keineswegs geeignet zum Rettungshafen diagnostischer Incompetenz oder zum Nothrahmen für unklare Krankheitsbilder. Wie ich theils nachträglich, theils im Verlaufe der Beobachtungen constatiren musste, befinden sich in der Zahl der zeitweilig von Anderen oder von mir als progressive Paralytiker aufgefassten Patienten Neurastheniker, katatonische Irre, alte Hebephreniker, Alkoholparalytiker, Patienten mit organischen Hirnerkrankungen verschiedener Art. Alles Leute ohne die typischen motorischen Symptome, ohne Progression im Verlaufe der Krankheit, ohne den anatomisch-pathologischen Befund in den Fällen, die zur Section kamen und ohne Lues in der Anamnese. Für viele dieser Zustände wäre die Bezeichnung Dementia sehr zulässig; ja, für manche dürfte die Diagnose« Dementia paralytica» nicht übel angebracht sein, aber nie und nimmer rubriciren sie unter die progressive Paralyse.

Ich für meine Person wäre nicht abgeneigt, z. B. die Alkoholparalyse geradezu als regressive Paralyse zu bezeichnen, denn mit der nachhaltigen Entziehung des betreffenden Nocens, des Alkohol, bildet sich die Krankheit zurück, häufig allerdings nur bis auf einen Zustand, der als Heilung mit mehr oder weniger Defect bezeichnet werden kann und etwa wie eine verfrühte senile Demenz aussieht. NB. tritt die Alkoholparalyse durchschnittlich in viel späterem Lebensalter auf als die progressive Paralyse. Im Uebrigen sind die motorischen Erscheinungen, insbesondere die Sprachstörung der Alkoholparalyse nie dieselben, wie bei der progressiven Paralyse. Die Sprache der Alkoholiker trägt einen meckernden, tremolirenden Charakter im Gegensatze zum charakteristischen Häsitiren der progressiven Paralytiker, welches aber zu Beginn der Krankheit nur bei lebhafterem Sprechen als leichtes Beben der Oberlippe (wie mehrfaches Ansetzen zur Hervorbringung eines Lippenlautes) imponirt. Was sich als differentialdiagnostisch wichtig zur Unterscheidung beginnender progressiver Paralyse von der Neurasthenie hervorheben lässt, ist etwa Folgendes:

Sprachstörungen sind bei progressiver Paralyse vorhanden, — bei der Neurasthenie fehlen sie.

Hypalgesie bei progressiver Paralyse, — Hyperalgesie bei Neurasthenie.

Relatives, subjectives Wohlbefinden Morgens bei Paralytikern, — Abends bei Neurasthenikern.

Reges Beschäftigtsein und ernste Besorgniss um die vorhandenen Krankheitssymptome beim Neurastheniker — im Gegensatze zur geringen Besorgniss um die nicht de facto vorhandenen Symptome beim Paralytiker. Oder aber: allgemeines dumpfes Gefühl des Unbehagens beim Paralytiker — im Gegensatz zum höchst detaillirt praecisirten Unbehagen des Neurasthenikers dessen beständigem Bestreben dasselbe zu definiren und zu motiviren.

Es ist vielleicht der Ort hier noch auf ein nicht seltenes Anfangsstadium der progressiven Paralyse aufmerksam zu machen. Es trägt den Charakter eines Delirium acutum, zeigt dabei Reflexanomalien und Sprachstörungen, endet als gallopirende Paralyse in kurzer Frist mit dem Tode durch Pneumonie, Herzschwäche, Septicaemie oder heilt aus mit nachfolgender eminenter Erschöpfung, aus der sich der Pat. noch recht gut erholen kann, um dann einen gewissen Zeitraum der Remission zu durchleben oder aber in langsame aber sichere Progression zu verfallen. Der anatomische Befund in den früh zum exitus gelangenden Fällen bietet Hyperämie des Gehirnes, starke Ueberfüllung der Lymphbahnen, kernzellige Infiltrationen, aber meist noch keine Degeneration der nervösen Elemente.

Im Allgemeinen lässt sich über die progressive Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der notorisch syphilitischen Paralytiker Folgendes sagen.

Die an progressiver Paralyse erkrankenden Syphilitiker sind diejenigen, welche eine leichte Form der Lues durchmachten und deren Behandlung in Folge dessen eine oberflächliche war. Die Zeitdauer zwischen der syphiliti-

schen Infection und der Erkrankung an prog. Paralyse beträgt im Durchschnitte 10 Jahre.

Die Durchschnittszeit für die Manifestirung der progr. Paralyse ist die 2. Hälfte der 30-er Lebensjahre. Doch existirt der Krankheitsprocess schon längst vor der Manifestirung, d. h. lange bevor der Patient als geisteskrank auffiel.

Die Erkrankung beschleunigende Momente sind: Alkoholmissbrauch, Extravaganz in geschlechtlichen Genüssen, geistige Ueberanstrengung (insbesondere Rechnen) und körperliche Strapazen (insbesondere Nachtwachen).

Entscheidend für die Schnelligkeit des Manifestwerdens und für die Form der progr. Paralyse ist die Höhe der vom Individium erreichten psychischen Entwicklung: Exaltation wie Depression werden vom psychisch präcise coordinirten Individuum länger und besser corrigirt, totale Demenz tritt garnicht oder sehr spät auf, Krankheitsgefühl ist erhalten, die Gedächtnissschwäche ist geringer, welche sich beim Paralytiker besonders in Erinnerungsfälschungen zeigt, die auf Vermengung und Verwechselung von Träumen mit der Wirklichkeit beruhen. Die Wahnvorstellungen sind blass und tragen deutlich den Charakter der subjectiv empfundenen Unwahrscheinlichkeit.

Die gebildeten Stände liefern an Paralytikern wie an notorischen Syphilitikern ein weit grösseres Material als die ungebildeten.

Das männliche Geschlecht ist das von der progr. Paralyse bei Weitem bevorzugte; (nach Prof. Tschisch, weil das Weib ein dürftiger entwickeltes und daher weniger exponirtes Centralnervensystem hat als der Mann). Mir scheint der Umstand erwähnenswerth, dass die Anzahl der syphilitischen Männer diejenige der Frauen um ein Beträchtliches überwiegt. Dieses mag wohl darin seinen Grund haben, dass eine Frau eine ganze Reihe von Männern ansteckt ehe sie weiss, dass sie jüngst syphilitisch wurde, während bei der Offenkundigkeit eines Primäraffectes auf dem penis hinsichtlich der Weiterverpflanzung alle auf eine bona fides zurückzuführenden Fälle in Wegfall kommen.

Ferner ist zu berücksichtigen, dass nach Massgabe der Entwickelung und Verstaatlichung des Prostituirtenwesens die übrige Frauenwelt vor der Lues geschützt wird. Das ganze grosse Contingent für Frauenlues — die Prostituirten sind aber wegen ihrer kurzen Lebensdauer der Erkrankung an progressiver Paralyse nicht ausgesetzt.

Die Dauer der progressiven Paralyse beträgt nicht mehr als 5, — im Durchschnitte 3 Jahre (gerechnet von dem Zeitpunkte, der dem Patienten Gelegenheit bot, sich als Geisteskranken zu dokumentiren.)

Quecksilberpräparate wirken nur im Anfangsstadium der progr. Paralyse, scheinen den Eintritt von Remmissionen zu beschleunigen und letztere zu verlängern. Nach Prof. Tschisch ist das Verhalten des Körpergewichtes bei begonnener Cur von grösster Wichtigkeit für den zu erwartenden Einfluss des Quecksilbers auf den Verlauf der progress. Paralyse.

Wenn nun durch eine möglichst enge und präcise Abgrenzung der progress. Paralyse der Procentsatz der Fälle antecedenter Syphilis um ein Beträchtliches vergrössert werden muss, so werden selbstverständlich dennoch die Fälle nie fehlen, die das charakteristische Bild der progr. Paralyse bieten und deren Anamnese die Syphilis vermissen lässt. Diese Fälle werden die Statistik verderben so lange die Lues bona und mala fide geleugnet wird. Ich lasse die bona fides, die unerbittliche Feindin allen Forschens und Strebens, die Schutzheilige des Obscurantismus und jeglichen Unfugs bei Seite und wende meine Aufmerksamkeit den Fällen zu, in denen die Lues mala fide in Abrede gestellt wird. Wenn ich nach meinen Beobachtungen zur Ueberzeugung gelangte, dass der allgemein anerkannte Satz: «besonders Syphilitiker sind disponirt für der Erkrankung an progress. Paralyse» folgendermassen abgeändert werden sollte: «Nur Syphilitische sind disponirt etc.,» so will ich nicht versäumen, auf eine praktisch wichtige Thatsache aufmerksam zu machen, der jedem Psychiater wohl bekannt sein dürfte: Der Zeitpunkt der Aufnahme des Paralytikers in die Behandlung ist absolut ungeeignet für die Erhebung einer brauchbaren Anamnese: Der P. verleugnet nur allzu oft seine Lues und die Angehörigen nicht minder, solange wenigstens als ihre Prognose zu derjenigen des Arztes im Gegensatze steht. Da hilft kein Versichern, kein Ueberzeugen, kein Beweisen; der Laie hat nun einmal über Geisteskrankheiten seine eigene Meinung und den betreffenden Angehörigen als unheilbar zu nehmen will ihm nicht in den Sinn, denn: «er kann ja so vernünftig reden,» oder «er erkennt die Verwandten bei Gelegenheit jedes Besuches» oder «er erinnert sich so gut vergangener Zeiten etc. etc.». Nach einigen Monaten tritt gar eine Remmission ein, ja der Kranke ist im stande ein halbes Jahr lang seinen Berufspflichten zu genügen. Es triumphirt die Prognose der Angehörigen, «der Arzt hatte Unrecht!» Jedoch es treten wieder Symptome auf, der Zustand des Patienten wird schlimmer als je, aber alle Versicherungen des Arztes beziehentlich der Unheilbarkeit des Kranken erscheinen immer noch als unzuverlässig, zum mindesten darf die Hoffnung nicht verloren werden. Es finden sich Aerzte, die den Kranken als Neurastheniker nehmen und behandeln. Er wird von Arzt zu Arzt, von Anstalt zu Anstalt gebracht, selbst Wetterstrand und Johann von Kronstadt bemühen sich vergebens. Der Kranke hat mittlerweile deutliche Einbusse seiner ästhetischen Gefühle erlitten, Andeutungen läppischen Reichthumswahnes lassen ihn in der Gesellschaft lächerlich erscheinen, das Familienleben ist durch den charakteristischen Eifersuchtswahn bedroht u. dgl. m.

Jahr und Tag ist seit den ersten Anfängen der Krankheit ins Land gegangen, Geduld und Hoffnung sind erschlafft; allmälig beginnt die Prognose der Anverwandten mit derjenigen des Arztes übereinzustimmen d. h. «der Kranke ist unheilbar». Und nun ist der Moment gekommen, der zur Erhebung einer Anamnese als geeignet betrachtet werden kann: In einer grossen Anzahl der Fälle wird bei ernstlichem Befragen der competenten Angehörigen die Lues zugegeben, zuweilen ungern. Sollte dieser Versuch negativ ausfallen, so ist es durchaus anzurathen, dass nach erfolgtem exitus letalis ein nochmaliges Examen unter der Verwandtschaft des Verstorbenen angestellt werde.

Interessant ist es, dass die Patienten selbst in vielen Fällen bis zu ihrem Tode die Lues consequent ableugnen, wie sichs nach den erlangten Aussagen der Angehörigen constatiren lässt.

Referate.

Med.-Rath Dr. Groedel: Bäder bei Arteriosklerose. Vortrag gehalten in der Balneologischen Gesellschaft am 8. März 1895. (Deutsche Medicin-Zeitung № 28).

Von der Ansicht ausgehend, dass Bäder, wie sie gewöhnlich bei Kreislaufsstörungen zur Anwendung kommen, eine Blutdrucksteigerung herbeiführen, in Folge dessen die Gefahr des Berstens etwaiger vorhandener Miliaraneurysmen an den Hirngefässen nahe liege, hat man im Allgemeinen die Arteriosklerose als Contraindication für eine Bäderbehandlung, speciell für die kohlensauren Soolthermen aufgefasst. Die langjährigen Erfahrungen des Verf. zeigen jedoch, dass jene Gefahr bedeutend überschätzt wurde, ja dass sie bei entsprechendem Verfahren vollkommen ausgeschlossen werden kann. Thatsächlich tritt bei den kühlen kohlensauren Soolbädern, wie sie in Nauheim verordnet werden, zu Beginn des Bades in Folge des Kältereizes und der peripheren Gefässcontraction eine Steigerung des Blutdruckes ein, dieselbe wird aber sehr bald durch eine compensatorische Erweiterung der inneren Gefässbezirke ausgeglichen; sehr rasch schwindet auch durch den Reiz der Kohlensäure die Contraction der Hautgefässe. Zur

Vermeidung der Gefahren, welche in Folge der rasch vorübergehenden Blutdrucksteigerung eintreten könnten, hat Verf. einige Vorsichtsmaassregeln erprobt, so das Befeuchten einzelner, besonders kälteempfindlicher Körperstellen vor dem Eintritte in's Bad, ganz allmähliches Untertauchen des Körpers, in den ersten Minuten nur Halbbad, das man nich und nach zum Vollbade ansteigen lässt, kalte Compressen auf den Kopf, keine zu kühle Temperatur (nicht unter 31° C.). Bei Beobachtung solcher Maasregeln hat Verf. im Verlauf von 20 Jahren nicht einen einzigen Unglücksfall im Bade erlebt. Was die Anwendung der kohlensäurehaltigen Thermalsoolbäder bei Arteriosklerose betrifft, stellt Groedel folgende 3 Indicationsgruppen auf. 1) Bekämpfung einiger mit Arteriosklerose oft combinirter und das Zustandekommen der Arteriosklerose begünstigender Krankheiten, wie Gicht, chronischer Muskel- und Gelenkrheumatismus, Arthritis deformans, Neurasthenie, 2) Directe Einwirkung auf die für die Entstehung der Arteriosklerose in Betracht kommenden Störungen in Einzelorganen, Besserung der Blutbeschaffenheit und vielleicht auch Einwirkung auf die Gefässinnervation und auf die Ernährung der contractilen Elemente der Gefässe, wodurch deren functionelle Tüchtigkeit gebessert würde. 3) Eine wichtigere Bedeutung haben die Badekuren zur Förderung der Compensation bei den durch Arteriosklerose bedingten Kreislaufsstörungen. Selbst, wenn bei ziemlich stark ausgebildeter Arteriosklerose eine Insufficienz des bereits dilatirten hypertrophischen Herzmuskels eingetreten war, bewährten sich nach dem Verf. die Soolbäder, als Tonica für das geschwächte Herz. In frischen Fällen von Herzmuskelinsufficienz verschwinden zuweilen die verschiedenen Symptome, unter dem Einflusse der Nauheimer Soolbäder gänzlich in vorgeschrittenen Fällen tritt häufig eine wesentliche Besserung ein. Hat früher schon einmal eine Gehirnapoplexie oder Embolie stattgefunden, so kann man nach Verf. die Patienten ohne Bedenken baden lassen, natürlich mit den erwähnten Vorsichtsmaassregeln — wenn keine Neigung zu Recidiven vorhanden zu sein scheint. Um sicher zu sein, soll man Apoplektiker niemals vor Ablauf eines Jahres nach stattgehabtem Anfall einer Badekur unterwerfen.

Bei visceraler Arteriosklerose, speciell der Leber und Niere ist der Erfolg der Badekur meist nur ein vorübergehender. Besseren Erfolg sah Verf. bei Arteriosklerose in Verbindung mit Diabetes, doch müsse man sehr darauf achten, dass die Badecur solche Patienten nicht angreife. Auch bei Angina pectoris erzielt man zuweilen dauernden und guten Erfolg. In seinem interessanten Vortrage betont Groedel, dass man in jedem Falle auf die Beseitigung der Schädlichkeiten, soweit sie durch ungeeignete Diät bedingt sind, hinzuwirken habe; man soll dem Patienten bestimmte Verhaltungsmaassregeln vorführen und ihn zu einer vernünftigen, zweckentsprechenden Lebensweise erziehen. Abelmann.

Al. Strasser: Ueber hydriatische Malariabehandlung. Winternitz' Bl. f. klin. Hydrother. 1894. Sept.

Die Wassercur ist ein vorzügliches Mittel gegen chronische Malariaaffection und hilft oft, wo China schon im Stiche lässt. Kalte Abreibungen 10° R., Halbbäder von 20—18° R. Regenbäder mit starkem beweglichem Fächer auf die Milz werden hauptsächlich angewandt. Alle Beobachter betonen, dass eine dieser Proceduren unmittelbar vor dem zu erwartenden Anfall zu geschehen hat. Im Uebrigen werden dieselben allein oder in passenden Combinationen angewandt. Verf. beschreibt eine Tertiana anteponens aus Malariagegend. Früher hatte Chinin die Anfälle beseitigt, war aber jetzt wirkungslos geworden. Pat wurde in der Winternitz'schen Anstalt in einigen Tagen hergestellt. Verf. versucht die Wirkungsweise einestheils dadurch zu erklären, dass, wie Rovighi fand, unter dem Einfluss der Kaltwasserapplication auf die Haut rothe Blutkörperchen zerfallen. Am ehesten dürften also die schon geschwächten Körperchen zerfallen, die den Plasmodien als Wohnsitz dienen. Die letzteren fallen dann in's Blut und der vernichtenden Wirkung desselben anheim, wobei andererseits der Befund von Winternitz, dass die Leukocyten unter der Wassercur sich vermehren und die Leukocytose als Phagocytose herangezogen wird zu beachten ist. Buch (Willmanstrand).

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 21. December 1894.

1. Dr. Zwingmann stellt eine 17jährige Lettin aus Livland vor, der er vor 10 Jahren einen oben innen in der linken Orbita sitzenden, das Auge nach unten aussen ziemlich stark verdrängenden Tumor exstirpirte. Derb, leicht gelappt, nicht compressibel, war er rasch gewachsen, nachdem ein Landarzt einige Monate zuvor 2 mal hintereinander eine kleine röthliche Geschwulst von der Conjunctiva bulbi in der Gegend der Sehne des musc. rect. int. entfernt hatte. Bei der Operation erwies es sich als Lipom, dessen zahllose Fetttraubchen nur zum Theil abgekapselt waren, und nur in kleinen Stücken, meist mit dem Finger, aus der Orbita entfernt werden konnten, wobei bis auf den Sehnerven vorgedrungen werden musste und eine festere Verbackung vorn mit der Scheide des rectus internus, dem Sitz der oben erwähnten früheren Eingriffe constatirt wurde. Das sehende Auge zählte vor- und nachher Finger auf 25 Fuss, und zeigte vor der Operation leichte Stauung in den Retinalvenen und leichte Verschleierung der oberen und unteren Papillengrenze.

Erst jetzt hat sich Patientin wegen Strabismus divergens und Ptosis palpebr. super. oc. sin. den corrigirenden Operationen unterzogen (Vornähung des rect. int. nach Adolf Weber und Pagenstecher's Fadenoperation) und beträgt jetzt die Sehschärfe des linken Auges = 0,36 (Nähe Schweigger 1,0 in 15—17 Cm.) bei normalem GF. Farbensinn und Spiegelbefunde. Vortragender verbreitet sich über die Seltenheit des Lipoms der Augenhöhle, dessen Vorkommen Berlin (Graefe-Saemisch Bd. VI 1880 pag. 668) und Vossius (Jahrbuch 1892) anzweifeln, andere Lehrbücher garnicht erwähnen, wie auch in der durchgesehenen, nicht eben armen Casuistik der Orbitaltumoren (Nagels Jahresberichte f. 1876—1891 und Hirschbergs Centralblatt 1880—1894) nur ein Fall von Fibrolipoma orbitae gefunden wurde, den Jenffreson (Lancet Juli 1889) operirte und beschrieb; etwas häufiger ist das Angioma lipomatodes zu dem jedoch vorliegender Fall nicht zu rechnen sei wegen der fehlenden (wenigstens mikroskopisch nicht nachweisbaren) Entwickelung von Gefässen.

2. Dr. Bergengrün demonstrirt Photogramme der Kehlkopflepra und giebt zu denselben erläuternde Daten.

Dr. Bergmann widerspricht der Behauptung Dr. Bergengrün's, dass die Kehlkopflepra in jedem Alter zur Beobachtung komme, indem nach seinen Erfahrungen dieselbe bei Kindern unter 4 Jahren nicht vorkommt; was als solche von einzelnen Autoren beschrieben worden, beruhe auf falscher Diagnose. Dass die Kehlkopflepra relativ selten zur Tracheotomie führe und von den Kranken gut vertragen werde, sei auf den Umstand zurückzuführen, dass sie sich meist oberhalb des Stimmbandes localisire, während bei allen Affectionen, welche unterhalb derselben ihren Sitz haben, ein operatives Vorgehen oft viel früher indicirt ist.

3. Dr. v. Erdberg hält seinen angekündigten Vortrag über die operative Behandlung hochgradiger Kurzsichtigkeit. Als Grundlage seiner Anführungen dienen Vortragendem 179 aus der Literatur zusammengestellte Fälle zu denen sich noch 3 von Dr. Stavenhagen und 7 von Dr. Dahlfeldt hinzugesellen. Mit Ausnahme dreier Falle stellt sich der Erfolg in allen übrigen durchaus befriedigend. Der Effect der Operation wird im Durchschnitt auf Herabsetzung der Refraction auf 15—16 D. angegeben, und ist um so grösser je höber die Myopie. In Folge dieser Herabsetzung der Refraction wird die hochgradige Myopie in Emmetropie verwandelt, und dem Pat. die Möglichkeit des deutlichen Sehens in die Ferne verschafft. Ausserdem erfährt das Sehen hierdurch eine wesentliche Besserung, oft ungefähr um das dreifache. Die Erklärung hierfür ist wohl in erster Linie in der Verlegung des zweiten Knotenpunktes weiter nach vorne zu suchen. Ebenso können die Operirten auch durch Benutzung geeigneter Gläser ihr Sehen in der Nähe zu einem befriedigenden gestalten. Als Operationsverfahren empfiehlt Vortragender das von Schweigger angegebene, und wendet sich namentlich gegen die präparatorische Iridectomie. Die gegen die Operation gemachten Einwände der Infectionsgefahr werden durch Berücksichtigung einer peinlich durchgeführten Antiseptik und Aseptik hinfällig, ebenso die Befürchtung, es könne die Linsenblähung leicht einen Glaucomanfall herbeiführen, da letzterer stets durch eine möglichst frühzeitig ausgeführte Linearextraction beseitigt werden kann. Da über die Zukunft der ihrer Linse beraubten Augen wegen Kürze der Beobachtungszeit, namentlich was ein ferneres Verhalten der Netzhaut anbelangt, noch nicht ein sicheres Urtheil gewonnen werden kann, müsse man jedenfalls für's Erste davon absehen Individuen von über 30 Jahren der Operation zu unterziehen. Ein weiteres Augenmerk ist auf den Zustand des Glaskörpers und des Augenhintergrundes zu richten. Geringe choroidale Veränderungen bilden übrigens, nach den bisherigen Erfahrungen keine Contraindication. Ob die entzündlich degenerativen Processe der Chorioidea wie auch der Fortschritt der Myopie durch die Operation beseitigt werden, kann erst in späterer Zeit constatirt werden. Da eben noch manche Fragen zu entscheiden der Zukunft überlassen werden muss, werden wir für's Erste wohl nur solche Patienten der Operation unterziehen dürfen, die durch ihre Myopie in ihrer Berufsthätigkeit wesentlich beeinträchtigt sind. Jedenfalls verdient Pflügers Rath, stets nur ein Auge zu operiren durchaus volle Anerkennung.

Dr. Mandelstamm wendet sich gegen die Behauptung des Vortragenden, es würde durch eine Operation die Sehschärfe vergrössert, das sei ein Irrthum, nur die Netzhautbilder werden grösser und in Folge dessen das Sehen besser.

Auch bezweifelt er einen günstigen Einfluss der Operation auf die progressive Myopie, da durch Entfernung der Linse die Augenachse nicht verändert werden könne, und seiner Ansicht nach gerade eine Verlängerung derselben die bedingende Ursache der Myopie bilde.

Dr. v. Erdberg betont demgegenüber, dass z. B. Schweigger eine 4-fache Verbesserung der Sehschärfe beobachtet habe. Das Fortschreiten der Myopie beruhe allerdings auf Dehnung der Augenaxe — aber hervorgerufen durch Zug der m. m. interni; dieses veranlassende Moment fällt aber nach der Operation fort, weil die Pat. nach derselben das Object weiter von den Augen entfernt halten können.

Dr. Mandelstamm hält die Theorie der m. m. interni für sehr wenig wahrscheinlich.

Dr. Dahlfeldt glaubt auch nicht, dass die Operation der progressiven Myopie Einhalt thun kann, da für letztere Convergenz und Accomodation keine Rolle zu spielen scheinen. Hierfür sei die Beobachtung beweisend, dass bei Pat. bei denen ein Auge hochgradig myopisch, das andere emmetropisch ist — bei welchem Zustand letzteres beim Sehen zur Verwendung gelangt — dass myopische Auge trotzdem sich oft progressiv verschlechtert. Was die Verbesserung der Sehschärfe durch die Operation anbelangt, so tritt dieselbe nur in sofern ein, als bei hochgradigen Myopen die ausnutzbare Sehschärfe nach der Operation wesentlich verbessert wird, da die Pat. vorher die corrigirenden Concavgläser einfach nicht vertragen konnten. Die Empfindlichkeit der Netzhaut worunter Dr. Mandelstamm die Sehschärfe verstanden wissen will, bleibt natürlich unverändert, — aber die Myopie ist entfernt. Bei Berücksichtigung unserer Culturverhältnisse muss er im Gegensatz zum Vortragenden den Hauptzweck der Operation im Schaffen einer genügenden Arbeitsdistance sehen, eine Aufgabe die bei hochgradigen Myopen durch Concavgläser oft nicht erreicht werden kann, da dieselben nicht vertragen werden. Der Grad der Myopie ist für die Operation nicht allein entscheidend, da die Sehschärfe sich verschieden verhält. Wo diese genügend ist, könne man zu corrigirenden Gläsern greifen, wo sie insufficient, da ist eine Operation indicirt. Nicht also das Auge allein, sondern das Individuum mit seinen subjectiven Bedürfnissen entscheidet die Frage des operativen Vorgehens. In höheren Lebensjahren soll von der Operation Abstand genommen werden, da das Individuum sich dann schon in seinem Beruf fixirt hat. Ueber die Gefahren der Operation lässt sich heute noch nichts Bestimmtes sagen, da die Literatur bisher wohl ziemlich umfangreich aber sehr ungenau ist. Es scheint aber, dass die Zahl der Verluste nicht gross ist. Er selbst hat 7 Mal operirt davon 5 Mal mit gutem Erfolg, zwei Fälle befinden sich noch in der Beobachtung. Beide Augen zu operiren hält er für überflüssig und gefährlich, da das Sehen mit einem Auge vollständig ausreichend ist.

Dr. Stavenhagen behauptet auch bei unseren Culturverhältnissen häufig Individuen angetroffen zu haben, denen es bei einem operativen Vorgehen mehr auf eine Verbesserung ihres Sehens in die Ferne angekommen ist. Ferner spricht er sich für ein successives Operiren beider Augen aus, da das binoculäre Sehen doch wesentliche Vorzüge hat. Die präparatorische Iridectomie scheint ihm doch mehr Sicherheit gegen die Folgen einer später eventuell eintretenden Linsenblähung zu gewähren.

Dr. v. Erdberg kann in letztem Punkte Dr. Stavenhagen nicht beipflichten, denn tritt nach der Operation eine Drucksteigerung ein, so könne man derselben immerhin noch durch eine spätere Extraction der Linse rechtzeitig begegnen.

Dr. Dahlfeldt sucht die präparatorische Iridectomie auch im Interesse eines deutlichen Sehens zu vermeiden, denn eine runde Pupille leistet in dieser Hinsicht ungleich mehr als ein Colobom. Ausserdem leistet die Iridectomie nicht einmal Garantie gegen eine nachfolgende Drucksteigerung — wovon er sich in einem seiner Fälle hat überzeugen können, wo es trotz präparatorischer Iridectomie zu einer gefährlichen, allerdings glücklich vorübergehenden Drucksteigerung kam.

d. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. April 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
334	222	556	101	39	93	10	9	20	68	56	40	49	38	25	6	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 1, Scharlach 12, Diphtherie 9, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 30, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 101, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 17.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 9. Mai 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 15. Mai 1895.

Saison: MAI—OCTOBER.

BAD REICHENHALL

Soolebad-, Molken- und grösster deutscher klimatischer Kurort in den bayer. Alpen. Soole-, Mutterlaugen-, Moor- und Fichtennadel-Extract-Bäder; Ziegenmolke, Kuhmilch, Kefir, Alpenkräutersäfte, alle Mineralwässer in frischen Füllungen; grösste pneumat. Apparate, Inhalationen aller Art, Gradirwerke, Soolefontaine, **Terrainkuren nach Professor Oertel's Methode**, Kaltwasserheilanstalt und Heilgymnastik. **Beste hygienische Allgemeinbedingungen durch Hochquellenleitung Canalisation und Desinfection:** ausgedehnte Parkanlagen mit gedeckten Wandelbahnen, Croquet- und Lawn-Tenis-Plätzen; nahe Nadelwälder und wohlgepflegte Kurwege nach allen Richtungen und Steigerungsverhältnissen. Täglich zwei Concerte der Kurkapelle, Saisontheater, Lesekabinete Bahn- und Telegraphen-Stationen. Ausführliche Prospecte gratis und franco durch das

(51) 3—2. **K. Badecommissariat.**

Guajacolcarbonat

ist

absolut frei von Aetzwirkung.

Total geruchlos und geschmackfrei, deshalb selbst von den empfindlichsten Patienten, auch in grossen Dosen gern genommen **und gut vertragen;** kein Uebelsein, kein Durchfall.

Verkauf durch die Grossdrogenhandlungen und die Apotheken. Litteraturabdrücke durch

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

(12) 13—8

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY

CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la Source

Dr. Schuster
BAD NAUHEIM.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11. кв. 17.
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Amalie Born, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.

KRANKENHEILER

Quellwasser Bernhardsquelle (Jodsodaschwefel-), Johann-Georgenquelle (Jodsodawasser). Zu Trinkkuren. (26) 10—4
Quellsalzpastillen.
Quellsalzlauge oder aber Quellsalz, beide durch Eindampfen des Quellwassers gewonnen zur Bereitung von Bädern im Hause.
Quellsalzseife No. I (**Jodsodaseife**), zugleich vorzügliche Toilletteseife.
Quellsalzseife No. II (Jodsodaschwefelseife), medicinische Seife.
Quellsalzseife No. III (verstärkte Quellsalzseife).
Seifengeist.

Man achte beim Einkauf genau auf die Namen und die Schutzmarke mit der Inschrift **„Bad Krankenheil".** Vorräthig in allen grösseren **Apotheken, Droguen-** und **Mineralwassergeschäften.** Auf Wunsch auch **directe** Zusendung durch das Verkaufsbureau der Jodsodaschwefelquellen zu Krankenheil bei Tölz, Oberbayer. Gebirg.

Preiscourante und Gebrauchsanweisungen gratis und franco.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.
Sophie Jordan, B. O., 10 лин. д. 11, кв. 9,
Marie Mohl, B. O. 1. л. д. 44 кв. 3. 16 л. д. № 17.

Schwefelbad
TRENCSIN-TEPLITZ
in Oberungarn.

Bahnstation Tepla-Trencsin-Teplitz.

Kräftigste Schwefelbäder der öst.-ung. Monarchie mit naturwarmen Quellen von 28 bis 30° R. 6 ständige Badeärzte. Comfortabel und billig. Brochüren versendet gratis

(50) 4—2 **Die Badedirection.**

Bahnstation der Strecke Breslau-Halbstadt.

KURORT SALZBRUNN

Saisondauer vom 1. Mai bis Ende September.

in Schlesien.

407 Meter hoch; mildes Gebirgsklima; weitgedehnte Anlagen; grossartige Milch- und Molkenanstalt (sterilis. Milch, Eselinnenmilch, Kefir); pneumatisches Cabinet; Badeanstalt; Massage etc. Hauptquelle: der **Oberbrunnen**, seit 1601 bekannt.

Versand des Oberbrunnens durch die Herren **Furbach & Strieboll**

Jede weitere Auskunft über den Kurort durch die **Fürstlich Plessische Brunnen- und Bade-Direction in Salzbrunn.**

(58) 6—1

Дозв. ценз. Спб. 29 Апрѣля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, 6. (18.) Mai **1895**

Inhalt: A. Bertels: Ueber Cholera mit besonderer Berücksichtigung der secundären Krankheitsprocesse. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Natanson: Die Krankheiten der Augen in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen des Organismus. — **Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.** — **Vermischtes.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Ueber Cholera mit besonderer Berücksichtigung der secundären Krankheitsprocesse.

Vortrag, gehalten am 16. Nov. 1894 in der Gesellschaft pract. Aerzte zu Riga.

Von

Dr. med. A. Bertels.

Ordinator der Choleraabtheilung des Stadtkrankenhauses.

M. H.! Während der diesjährigen Choleraepidemie haben wir im hiesigen Stadtkrankenhause 217 Cholerakranke beobachtet, über welche ich Ihnen hier berichten will.

Ueber die Erscheinungen des stad. algidum ist nicht viel zu sagen, das Bild entsprach vollkommen den bekannten Schilderungen der Lehrbücher. Hervorheben möchte ich nur die grosse Zahl blutiger Stühle, die wir gesehen haben, nämlich in 22 Fällen, also etwa im 10. Theil sämmtlicher Fälle; das Blut ist dabei den Stühlen innig beigemengt, sodass dieselben eine in allen ihren Theilen vollkommen gleichmässig gefärbte Flüssigkeit darstellen und zwar ist diese Färbung je nach dem wechselnden Gehalt an Blut und galligen Bestandtheilen entweder rein blutig oder rothbraun. Die Bedeutung solcher Stühle für die Prognose ist eine ungünstige: von den 22 Patienten ist kein einziger genesen. In sechs solchen Fällen, die zur Section kamen, fand sich die gewöhnlich bei Cholera vorhandene Gefässinjection der Därme auf das Höchste gesteigert und ausserdem ausgedehnte Suffusionen der Schleimhaut im Dickdarm und unteren Theile des Dünndarms. Von Geschwüren war nichts zu sehen, es hatte sich um Flächenblutungen gehandelt. Ich hebe ausdrücklich hervor, dass vorstehende Bemerkungen sich auf das Auftreten blutiger Stühle im s t a d. a l g i d u m beziehen; in den späteren Krankheitsstadien habe ich Blutbeimengungen im Stuhl nur ein Mal beobachtet, doch bot dieser Stuhl ein von dem eben geschilderten gänzlich abweichendes Verhalten dar: er glich vollkommen einem typischen Dysenteriestuhl, d. h. er bestand aus einer geringen Menge weissen Schleimes, welcher f l e c k w e i s e Blutbeimengungen enthielt. Der Fall endete in Genesung vermuthlich hat es sich hier um diphtherische Geschwüre im Dickdarm gehandelt, wie sie in den späteren Stadien der Cholera nicht selten vorkommen, ohne dass jedoch die Stühle immer den dysenterischen Charakter zu tragen brauchen.

Um auf das stad. algid. zurückzukommen, so erwähne ich die einige Mal ohne merkliche Veranlassung aufgetretenen Steigerungen der Achselhöhlen-Temperaturen. Es handelt sich hierbei um 7 Fälle, die höchste gemessene Temperatur war 39,9, meist war es mit einer einmaligen Steigerung der Abendtemperatur abgethan. Nur in einem dieser Fälle war die Temperatursteigerung eine agonale.

Für die Praxis folgt aus dem gelegentlichen Vorkommen solcher Temperatursteigerungen, dass man sich nicht verleiten lassen darf, die Diagnose «Cholera» wegen erhöhter Achselhöhlentemperatur auszuschliessen.

Ich bemerke noch, dass die Angabe in S t r ü m p e l l's Lehrbuch[1]), die Zunge im Choleraanfall sei «trocken», leicht eine falsche Vorstellung erwecken könnte, da man sich unter einer trockenen Zunge doch gewöhnlich eine Zunge vorstellen wird, wie man sie etwa beim Typhus zu sehen gewohnt ist; dagegen ist die Cholerazunge meist von nur wenig verminderter Feuchtigkeit, dabei leicht weisslich belegt. Von der viel citirten «Austrocknung sämmtlicher Gewebe» bei der Cholera ist also hier nichts zu bemerken, möglicherweise nur desshalb nicht, weil infolge des häufigen Erbrechens und vielen Trinkens es zu einem Trockenwerden nicht kommen kann. Im sogenannten Choleratyphoid dagegen hat die Zunge häufig das Aussehen einer Typhuszunge.

Eingehender als mit dem stad. algid. möchte ich mich hier mit den secundären Krankheitsprocessen der Cholera befassen. Die Schilderungen, welche die einzelnen Autoren von denselben entwerfen, weichen nicht unerheblich von einander ab; am meisten passt auf meine Fälle die

[1]) 3. Aufl. 1886, S. 125.

Beschreibung, welche Rumpf[2]) nach den Erfahrungen in der letzten grossen Hamburger Epidemie von ihnen giebt. Derselbe unterscheidet, abgesehen von den secundären Darmcatarrhen und anderen Organerkrankungen:

1) das einfache Reactionsfieber und
2) das stad. comatosum.

Um nun mit dem letzteren, als dem bei Weitem häufigeren und wichtigeren zu beginnen, so ist dies der von Rumpf gewählte Name für denjenigen Symptomencomplex, der vielleicht am ehesten Veranlassung zu dem alten Namen «Typhoid» gegeben haben mag: das mehr oder weniger benommene Sensorium, die Delirien, die Unruhe, das geröthete Gesicht, die injicirten Conjunctiven, die trockene Zunge bedingen, trotzdem dass Temperatursteigerungen fast immer fehlen, in der That eine grosse äussere Aehnlichkeit mit den Typhen, auch die Durchfälle setzen sich meist in das Stadium hinein fort; doch können alle aufgezählten Symptome auch in schwereren Fällen fehlen, nur die Benommenheit des Sensoriums ist, soweit meine Erfahrungen reichen, allen diesen gemeinsam und steigert sich in den schwersten, zum Tode führenden Fällen zum tiefen Koma.

Die angegebenen Symptome sind aber nicht nur den Typhen, sondern auch der Urämie eigen und sehr häufig gesellen sich zu den erwähnten noch andere Erscheinungen hinzu, welche noch deutlicher auf Urämie hinweisen: die Respiration ist vertieft und gleichzeitig oft beschleunigt, infolge dessen geräuschvoll, seufzend oder schnarchend, der Puls gespannt, manchmal verlangsamt, oft aber auch von gewöhnlicher Qualität und wenn die Krankheit einen letalen Verlauf nimmt, fadenförmig, beschleunigt, schliesslich unfühlbar; sehr häufig ist Erbrechen, das zum Unterschied von dem wässerigen Erbrechen im stad. algidum gewöhnlich gallig gefärbt ist, daneben besteht Singultus, der sehr quälend werden kann; ist das Sensorium nicht sehr stark benommen, so klagen die Patienten über Kopfschmerzen. Bei einem komatösen Kranken mit 6-tägiger Anurie traten einige Stunden vor dem Tode auf Gesicht und Hals zahllose bis stecknadelkopfgrosse runde weisse Fleckchen auf, die auf den ersten Blick das Aussehen der Miliaria darboten. Bei näherem Zusehen fand sich jedoch, dass es sich nicht um Bläschen handelte, sondern dass jedes Fleckchen aus feinem weissen Staub bestand. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass hier eine Harnstoffausscheidung durch die Haut vorlag, wie sie zuerst im stad. comatosum der Cholera und nachher bei der gewöhnlichen Urämie wiederholt gefunden worden ist.

Hält man nun alle diese Symptome zusammen, berücksichtigt man ferner, dass meist gleichzeitig Anurie besteht oder dass ein spärlicher eiweisshaltiger Urin (Fälle mit reichlicher Diurese im Koma, wie Rumpf deren 4 anführt, habe ich nicht beobachtet) abgesondert wird, dessen specifisches Gewicht ein geringes oder höchstens mittleres ist, so drängt sich natürlich Jedem die Ansicht auf, dass wir es mit einer echten Urämie zu thun haben. Dass die Oedeme fehlen, darf uns in dieser Annahme nicht irre machen; im stad. algidum werden auch bestehende Oedeme rückgängig, da ist es verständlich, dass auch in den hierauf folgenden Tagen, in welchen ein Theil der Erscheinungen des stad. algidum noch fortbesteht, die Bedingungen für das Zustandekommen der Oedeme nicht günstig sind. Eine fernere Abweichung vom Bilde der Urämie ist die, dass die am meisten charakteristische Erscheinung derselben, der urämische Krampfanfall, im stad. comatosum recht selten ist. In meinen 34 schweren tödtlich verlaufenden Fällen von Koma habe ich nur 1 Mal ausgesprochene, in 2 Tagen sich etwa 10 Mal wiederholende Convulsionen gesehen; in einem weiteren Fall sah ich in der Agonie leichte Zuckungen in den Armen auftreten und in einem dritten Fall gab das Wartepersonal an, Zuckungen bemerkt zu haben. In den 47 hierher gehörigen leichten, in Genesung übergehenden Fällen sind kein Mal Krämpfe beobachtet worden.

Wenn nun diese Abweichungen vom Bilde der Urämie bisher nicht dazu geführt hatten, die urämische Natur des Cholerakomas anzuzweifeln, so führt Rumpf gegen eine solche Auffassung an, dass kein Parallelismus bestehe zwischen dem Eintritt des Komas und der Verminderung der Urinmenge, resp. der Stickstoffausscheidung, wie letzteres aus seinen eigenen und fremden Untersuchungen hervorgehe. Ferner macht Rumpf darauf aufmerksam, dass die Pupillen im Koma nach Cholera verengt sind, während sie bei der Urämie im Gegentheil sich erweitert zeigen und «dass in einzelnen Fällen der Augenhintergrund untersucht und das Fehlen jeder an Nephritis erinnernden Veränderung constatirt wurde.»

Auf Grund der angeführten Thatsachen stellt Rumpf die urämische Natur des stad. comatosum vollständig in Abrede und giebt seine Meinung dahin ab, dass das Koma eine directe Folge der Giftwirkung der im Darm noch vorhandenen Cholerabacillen sei, er nennt es geradezu «eine chronische Form der Cholera».

Gegen Rumpf lässt sich einwenden, dass entgegen seiner Behauptung in den daraufhin untersuchten Fällen von Koma nach Cholera eine N-Retention sich nicht ausschliessen lässt, sondern im Gegentheil recht wahrscheinlich ist. Der von Rumpf mitgetheilte Fall Rieck ist nicht verwerthbar, weil man nicht wissen kann, bis zu welchem Grade der Eiweisszerfall infolge der bestehenden Pneumonie gesteigert war; es bleibt also nur der Fall Bartosiak. Derselbe hat zuerst in 7 Tagen (31. Jan. bis 6. Febr.) insgesammt 450 Ccm. Urin gelassen, man kann also mit ziemlicher Sicherheit behaupten, dass eine sehr beträchtliche N.-Retention stattgefunden haben müsse[3].) Das stad. comatosum beginnt allerdings erst am folgenden Tage (7. Februar), an welchem keine weitere Vermehrung der im Körper aufgehäuften N-haltigen Endproducte des Stoffwechsels nachzuweisen ist, doch findet sich ein solches Verhalten ganz gewöhnlich auch bei sonstigen Nierenkrankheiten. Fleischer[4]) s. B. theilt einen Fall von Schrumpfniere mit (s. Tabelle S. 168, Bühler), in welchem mehrere Tage lang N-Retention vorhanden gewesen ist (bis zum 1. Juli); hierauf wird die N-Ausscheidung abnorm reichlich (2. Juli) und gleichzeitig tritt ein urämischer Anfall auf (ich bemerke, dass in der Tabelle auf S. 168 der urämische Anfall irrthümlicherweise für den 30. Juni verzeichnet ist, während aus dem Text auf S. 166 unzweifelhaft hervorgeht, dass er am 2. Juli stattgefunden hat). Eine ganz ähnliche von P. Müller herstammende Beobachtung finde ich in der Arbeit von v. Noorden und Ritter[5]) mitgetheilt.

Was die von Rumpf citirten Stoffwechseluntersuchungen aus der Budapester Klinik[6]) anbetrifft, so hat von allen dort angeführten Fällen, wie es scheint, nur einer ein stad. comatosum aufzuweisen, nämlich der Fall B. B. (Tab. III, S. 278); von demselben heisst es (S. 278): «der Fall endete unter urämischen Erscheinungen letal». Demgemäss betrug die 24-stündige N-Ausscheidung an dem einen Tage, von welchem eine Untersuchung vorliegt, auch nur 3,6 G. In zweien der 3 übrigen Fälle, bei wel-

[2]) Verhandlungen des Congr. f. innere Med. XII. Congr. 1893 — Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. III 1894: Die secundären Krankheitsprocesse der Cholera.

[3]) Dass trotz reichlicher Diurese die N-Ausscheidung gering sein kann, ist eine oft gemachte Erfahrung; der umgekehrte Fall — Urinverminderung bei normaler N.-Ausscheidung — ist viel seltener; dass bei einer so excessiven Oligurie — eine Woche lang im Durchschnitt 65 Ccm. Urin pro Tag — die N.-Ausscheidung normal bleiben könne, wird wohl Niemand behaupten.

[4]) Deutsches Arch. f. klin. Med. XXIX. 1881.

[5]) Zeitschr. f. klin. Med. XIX, 1891 Suppl. S. 212.

[6]) Berliner klin. Wochenschr. XXX, 1893. № 12.

chen Untersuchungen über die N-Ausscheidung im postalgiden Stadium angeführt sind, und welche sämmtlich vermehrte N-Ausfuhr zeigen, findet sich zwar auch ein stad. typhosum vermerkt, doch ist nicht gesagt, worin die «typhösen» Erscheinungen bestanden haben sollen; bei der Unsicherheit des Begriffes «stad. typhosum» liegt kein Grund vor, anzunehmen, dass es sich um Koma gehandelt habe.

Man sieht also, es lässt sich bis jetzt nicht der Beweis erbringen, dass das Koma nach Cholera ohne N-Retention zu Stande kommen könne, dagegen geht aus Rumpf's Untersuchungen (s. Fall Wulff und Wilke) allerdings hervor, dass N-Retention bestehen kann ohne dass Koma einzutreten braucht; N-Retention ohne Urämie ist aber auch sonst bei Nierenkranken eine ganz alltägliche Erscheinung; in den erwähnten Arbeiten von Fleischer und von v. Noorden und Ritter finden sich eine ganze Reihe solcher Fälle mitgetheilt (bei Fleischer: E. H. S. 174; Stamm S. 175; Riedel S. 185; bei v. Noorden und Ritter: Kroeck S. 213); es genügt eben offenbar für das Zustandekommen urämischer Erscheinungen das Bestehen von N-Retention nicht; sondern es muss noch etwas bisher Unbekanntes hinzukommen um dieselben auszulösen.

Die vorhandenen N-Bestimmungen sprechen also sicherlich nicht gegen die urämische Natur des Komas nach Cholera, sondern eher dafür, dagegen bietet das klinische Bild derartige Abweichungen, dass man die Möglichkeit einer für die beiden Zustände verschiedenen Erklärung wol zugeben muss. Andererseits könnte es sich aber beim Koma nach Cholera um einen urämischen Zustand handeln, der aber infolge der durch den Choleraanfall gesetzten tiefgreifenden Veränderungen des Gesammtorganismus gewisse Modificationen erfahren hat. Jedenfalls halte ich es für angebracht, bis zur definitiven Entscheidung dieser Frage sich des von Rumpf gebrauchten Namens «stad. comatosum» zu bedienen.

Ueber das klinische Bild des stad. comatos. habe ich *noch* Einiges nachzutragen und erwähne zunächst eine *Gruppe* von Erscheinungen, welche sich aus dem stad. algid. in dasselbe hinein fortsetzen.

Die Cyanose und Kühle der Haut bleibt oft bestehen oder nimmt noch zu, namentlich an den Extremitäten, während oft gleichzeitig die Wangen die charakteristische Röthung zeigen und die Conjunctiven injicirt sind. Auch die heisere Stimme und die halonirten Augen können noch vorhanden sein.

Die Achselhöhlen-Temperaturen sind in schweren Fällen fast immer subnormale. Von meinen 34 tödtlich verlaufenden Fällen zeigte nur einer eine Temperatursteigerung bis auf 38,3 und ein zweiter zu einer Zeit, wo häufige Convulsionen auftraten, bis auf 37,8.

Eine eigenthümliche Erscheinung beobachtete ich im stad. comatos. in einem in Genesung übergehenden und in 3 tödtlich verlaufenden Fällen, nämlich strabismus divergens, zum Theil in sehr hohem Grade; von den 3 letal verlaufenen wurden 2 secirt, wobei sich eine anatomische Ursache für den Strabismus nicht auffinden liess. Das einzige Analogon für diese Erscheinung, das ich in der Literatur gefunden habe, erwähnt Hueppe[7]); er berichtet über einen Patienten, der sich übrigens nicht im stad. comatosum befand, sondern in voller Reconvalescenz; am 8. Krankheitstage trat plötzlich Parese der rechten unteren Extremität ein und unter apoplectiformen Erscheinungen erfolgte der Tod einige Minuten später. Auch hier gab die Section keine Erklärung für das Zustandekommen der Lähmung.

[7]) Berliner klin. Wochenschr. XXX, 1893, S. 163.
Die Analogie bezieht sich nur darauf, dass hier wie dort während des Lebens Erscheinungen vorhanden waren, die anatomische Veränderungen im Gehirn oder an den Meningen vermuthen liessen, während die Section nichts derartiges ergab.

Wenn ich die Zahl der im stad. comatosum gestorbenen Kranken auf 34 angegeben habe, so habe ich nur solche mitgezählt, bei welchen zwischen stad. algidum und comatosum sich eine deutliche Grenze ziehen lässt: am schärfsten markirt sich diese Grenze, wenn sich zwischen die beiden Stadien eine in meinen Fällen höchstens 2 Tage dauernde Periode relativen Wohlbefindens einschiebt, was in der grossen Mehrzahl der Fälle stattfand. Das Wohlbefinden war, wie gesagt, nur ein relatives, nie fühlten die Patienten sich in der Zwischenzeit vollkommen gesund. Der Tod erfolgte spätestens am 12. Krankheitstage (vom Beginn des eigentlichen Choleraanfalls an gerechnet)

Ausser diesen typischen Fällen gab es nun eine grosse Reihe solcher, in welchen inmitten des stad. algidum, am 1. oder 2. Krankheitstage Erscheinungen auftraten, die wir hauptsächlich im stad. comatosum zu sehen gewohnt sind, besonders eine bis zum tiefsten Koma gehende Benommenheit des Sensoriums; ob es sich vielleicht in allen diesen Fällen um ein in das stad. algidum hinein verlegtes stad. comatos., also vermuthlich um eine ungewöhnlich frühzeitig auftretende Urämie handelt, wage ich nicht zu entscheiden.

Meine bisherigen Schilderungen beziehen sich vorwiegend auf die schwereren Erscheinungen des stad. comatosum, wie sie sich bei den Gestorbenen zeigten; von meinen 105 genesenen Fällen boten 47 mehr oder weniger deutliche Anzeichen eines stad. comatosum dar, doch war in keinem einzigen dieser Fälle ausgesprochenes Koma vorhanden und insofern ist der von Rumpf gebrauchte Name eigentlich nicht zutreffend, mag aber zunächst in Ermangelung eines besseren beibehalten werden.

Am constantesten war auch hier die Benommenheit des Sensoriums, die sich in den leichtesten Fällen nur in einer Neigung viel zu schlafen äusserte, so dass man im Zweifel sein konnte, ob es sich um ein nach der erschöpfenden Krankheit leicht verständliches Bedürfniss nach vermehrtem gesundem Schlaf oder um die leiseste Andeutung des stad. comatosum handelte. Kopfschmerz, Röthung der Wangen, Injection der Conjunctiven, spärlicher eiweisshaltiger Urin, gespannter Puls, vertiefte, oft mühsame Respiration, Singultus, trockene Zunge, Wiederauftreten des schon geschwundenen Erbrechens und der Durchfälle fanden sich auch in diesen leichteren Fällen häufig. Bei 3 Patienten, welche ein leichtes stadium comatosum überstanden hatten, sind Unterschenkelödeme bemerkt worden und zwar traten dieselben zwischen dem 15. und 19. Krankheitstage (immer vom Beginn des ausgesprochenen Choleraanfalles an, ohne Berücksichtigung der prämonitorischen Diarrhöe, gerechnet) auf, nachdem bei allen dreien die anfänglich vorhandene Albuminurie sich wieder verloren hatte; es war auch sonst bei allen dreien keine Ursache für die Oedeme nachweisbar.

Soviel über das stad. comatosum; ich komme nun zu dem von Rumpf sogenannten «einfachen Reactionsfieber».

In 14 meiner genesenen Fälle traten, meist zwischen dem 8. und 10. Krankheitstage Temperatursteigerungen bis zu 39,7 von längstens 5-tägiger Dauer ohne gleichzeitige Organerkrankung auf. Dabei fehlten subjective Beschwerden ganz, oder es bestand leichter Kopfschmerz oder Hitzegefühl, gewöhnlich liessen sich die Patienten nicht dazu bewegen im Bett zu bleiben. Andeutungen eines stad. comatosum waren meist vorhanden gewesen, aber zu der Zeit, wo das Fieber auftrat, wieder verschwunden, ebenso hatte der Albumingehalt des Harnes um diese Zeit fast immer schon beträchtlich abgenommen. Nur in einem Fall trat gleichzeitig mit der Temperatursteigerung vermehrter Albumingehalt und somnolentes Wesen auf[8]).

[8]) Nachträglich finde ich bei Vogl, Münchener med. Woch. 40 Jahrg. 1893, S. 454, eine Schilderung des Reactionsfiebers, die in Bezug auf die Zeit, zu welcher dasselbe eintritt, genau mit der meinigen übereinstimmt; nach Mittheilung zweier typischer Fälle sagt Vogl: «diese mehrtägige Fieberakme, ge-

Es bleibt mir noch übrig, der Choleraexantheme zu gedenken, die ich in 5 Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte. In allen diesen Fällen trat das Exanthem zwischen dem 10. und 13. Krankheitstage auf zu einer Zeit, wo die bei allen diesen Patienten vorhanden gewesenen leichten Erscheinungen eines stad. comatosum in Rückbildung begriffen waren; es scheint also, als ob das Exanthem in einer gewissen Beziehung zum stad. comatosum steht. Wenn man vielfach von einer günstigen prognostischen Bedeutung des Choleraexanthems gesprochen hat, so ist das nach meinen Erfahrungen nur insofern richtig, als dasselbe zu einer Zeit auftritt, wo die Kranken ohnehin schon ausser Gefahr sind.

Von bekannteren Ausschlägen erinnern Urticaria und Masern am meisten an die von mir beobachteten Choleraexantheme; viel grössere Aehnlichkeit aber scheinen die letzteren mit dem mir in seinen verschiedenen Formen freilich nur aus der Beschreibung bekannten Erythema exsudativum multiforme besessen zu haben; und zwar kamen sämmtliche, als Erythema papulatum, annulare, gyratum, und iris bezeichneten Arten desselben zur Beobachtung.

Unter geringem Jucken entwickelten sich rothe Papeln, zunächst von Stecknadelkopfgrösse, die sich allmählich vergrösserten und theilweise confluirten. In zwei Fällen hatte es mit der Bildung von erbsen- bis bohnengrossen rothen Papeln sein Bewenden, die Rückbildung erfolgte durch einfaches Abblassen. In den 3 übrigen Fällen aber erfolgten noch weitere Veränderungen; wenn die Papel nämlich etwa Erbsengrösse erreicht hatte, blasste das Centrum ab und es blieb von der Röthung nur ein schmaler Saum übrig; in der Mitte der Papel entwickelte sich dann oft noch eine ca. stecknadelkopfgrosse livide Verfärbung, die auf Fingerdruck nicht schwand, oder in einzelnen Fällen eine kleine secundäre Papel.

Bei der weiteren Vergrösserung der ringförmigen Gebilde trat dann Confluenz derselben ein und es bildeten sich grössere, von nach aussen convexen Bogenlinien begrenzte Zeichnungen.

Das Exanthem trat immer zuerst und am stärksten an den Armen auf und ging von dort auf den Rumpf und die Extremitäten über, während das Gesicht frei blieb oder doch nur in sehr geringem Maasse ergriffen wurde. Die Dauer, während welcher das Exanthem in Blüthe stand, betrug 3—4 Tage, von da an blasste es allmählich ab.

Ich möchte hier noch im Zusammenhang über einen Fall berichten, welcher in mehrfacher Hinsicht Interesse darbietet.

M. J., 7 J. a. hat zu Hause einen Choleraanfall überstanden und kommt mit den Residuen desselben: halonirten Augen, heiserer Stimme und Cyanose der Lippen am 25. August in's Krankenhaus ein. Als erstes Anzeichen eines beginnenden stad. comatosum ist die Respiration vertieft.

Am folgenden Tage (26. August) ist Pat. benommen, sie lässt den Stuhl in's Bett; es besteht sehr ausgesprochener strabismus divergens und die rechte Pupille ist weiter als die linke.

Am 27. August ist der Puls Abends unregelmässig, 68, was in Hinblick auf das jugendliche Alter der Patientin entschieden als Verlangsamung aufzufassen ist.

Wir haben somit Somnolenz, Pupillendifferenz, Strabismus, verlangsamten, unregelmässigen Puls, also ausgesprochen meningitische Erscheinungen, nur die normalen und die ganze Zeit über normal bleibenden Temperaturen sprechen gegen Meningitis.

Am 31. August sind Pupillendifferenz und Strabismus nur noch andeutungsweise vorhanden, auch das Sensorium ist freier, es gelingt jetzt auch zum ersten Mal Urin zur Untersuchung zu erhalten, den die Patientin in den letzten Tagen in's Bett gelassen, während am Anfang vermuthlich Anurie bestanden hatte. Es erwies sich dabei, dass der Urin eiweissfrei war.

Am selben Tage trat auf Armen und Beinen ein Exanthem in Form eines Erythema papulatum auf, das aber in diesem Fall die linke Körperhälfte in auffallender Weise bevorzugte.

Am 1. September traten auch auf der linken Gesichtshälfte ein paar Papeln auf und die linke Conjunctiva war stark injicirt; erst 2 Tage später entdeckte ich im unteren Drittel der linken Cornea ein oberflächliches Ulcus, welches vermuthlich schon am 1. September bestanden haben wird.

In den folgenden Tagen blasste das Exanthem ab, am 5. Sept. war keine Pupillendifferenz, kein Strabismus mehr vorhanden, nur der Puls war noch mehrere Tage lang zuweilen unregelmässig, aber nicht mehr verlangsamt. Der Grund des Hornhautulcus hat sich getrübt, doch hellte sich die Trübung in der Folgezeit wieder auf; am 27. September war Pat. vollkommen gesund, nur das Hornhautulcus bestand noch fort und Patientin wurde mit der Weisung entlassen, dasselbe ambulant behandeln zu lassen.

Ueber das Zustandekommen der meningitischen Erscheinungen wage ich es nicht irgendwelche Vermuthungen zu äussern. Das Hornhautgeschwür ist vielleicht als eine Theilerscheinung des Exanthems aufzufassen, jedenfalls ist es bemerkenswerth, dass es auf derselben Seite auftrat, auf welcher auch das Exanthem deutlicher ausgebildet war.

Bei der Wahl meiner therapeutischen Maassnahmen hatte ich mich hauptsächlich von den Erfahrungen der Hamburger Aerzte in der letzten grossen Epidemie leiten lassen. Ich verzichtete daher auf die Anwendung der Opiate, abgesehen von einigen Fällen, welche mir völlig aussichtslos erschienen und in welchen die überaus reichlichen Durchfälle sowohl der Patienten, als auch des Wartepersonals wegen eine besondere Berücksichtigung verlangten. Wenn Ratjen[9]) sagt: «Fieberhafte Temperaturen haben wir in dem typhösen oder comatösen Stadium selten beobachtet; wenn sie gefunden wurden, waren die Steigerungen sehr gering. Ich habe, veranlasst durch einige in der Privatpraxis beobachtete Fälle, in denen hohe Temperaturen bis zu 40° gemessen wurden, mir die Ansicht gebildet, dass Opiummedication im ersten Stadium eine Vorbedingung für das Fieber in dem typhösen Zustande sein könnte, da das Opium durch das Stillen der Diarrhöen die Toxine im Körper zurückhalten könne, auch sonst schädlich auf das Nervensystem wirke. Auf diese Weise habe ich mir erklärt, dass in unseren Baracken keine Fiebertemperaturen gemessen wurden, weil kein oder sehr wenig Opium gegeben war» — so muss man ihm zugeben, dass meine Beobachtungen als Stütze für seine Ansicht dienen können, denn von denjenigen meiner Kranken, welche überhaupt das stadium comatosum erreichten, hatte während seines Krankenhausaufenthaltes kein einziger Opium erhalten, dementsprechend habe ich auch fast gar keine Temperatursteigerungen im Koma beobachtet, während dieselben nach den Berichten mancher anderer Autoren recht häufig gewesen zu sein scheinen.

Ich habe ferner von vornherein von der Anwendung sämmtlicher Darmantiseptica Abstand genommen; nur das Calomel (das ja wohl auch kein Darmantisepticum ist) gab ich, und zwar zuerst eine einmalige Gabe von 0,5 und dann 2-stündlich 0,05 solange das stad. algid. anhielt; Quecksilberintoxication habe ich dabei nicht beobachtet.

Im Anfange der Epidemie wandte ich auch die gerbsaure Enteroklyse an, musste davon aber bei der stets zunehmenden Zahl der Kranken, als zu zeitraubend für das Wartepersonal Abstand nehmen; irgend einen Unter-

---

trennt vom Choleraanfall durch eine 5—6 tägige Reactionsperiode mit Normaltemperatur, verdient eigentlich wegen des richtigen Status typhosus allein die Bezeichnung ‹Typhoid›, welches regelmässig um den 9. Tag beginnt; es wurde von Griesinger als Reizfieber aufgefasst und hat mit Urämie nichts zu thun; diese tritt, wie unsere oben angeführten Fälle zeigen, im Anschluss an den Choleraanfall, beziehungsweise dessen Anurie ein und verläuft unter stetem Abfall der Temperatur». Abweichend von meinen Fällen findet sich sowohl bei Vogl als auch bei Rumpf die Angabe, dass es während des Fiebers zu einem status typhosus gekommen sei.

[9]) Deutsche med. Wochenschr. XIX, 1893, № 1, S. 12.

schied zwischen den mit und den ohne Enteroklyse behandelten Fällen habe ich nicht bemerkt.

Selbstverständlich machte ich ausgedehnten Gebrauch von Reizmitteln, namentlich Campher innerlich und subcutan, sowie von Kochsalzinfusionen.

Zuerst bediente ich mich der subcutanen Infusionen, es erwies sich aber bald, dass dieselben für die Patienten höchst lästig sind. Es entsteht nämlich durch die Flüssigkeitsansammlung im Unterhautzellgewebe eine starke Zerrung der Gewebe, so dass die Stellen, an welchen die Infusionen erfolgten, noch viele Tage später oft recht heftig schmerzten. Ich wandte mich daher bald der intravenösen Infusion zu, die vom apathischen Cholerakranken meist ohne jegliche Schmerzäusserung hingenommen wird. Die Infusionen kamen zur Anwendung, sobald der Puls sehr klein wurde; über die eclatanten aber schnell vorübergehenden Wirkungen der intravenösen Infusionen kann ich nichts Neues berichten, meine Mortalitätsstatistik wurde durch sie nicht in erkennbarer Weise beeinflusst. Dennoch möchte ich sie in der Choleratherapie nicht entbehren und zwar aus folgenden Gründen.

Es scheint mir unbestreitbar, dass durch die Infusion oft der unmittelbar drohende Tod für eine wenn auch nur kurze Zeit aufgehalten wird; nun ist es doch zum mindesten sehr wahrscheinlich, dass die in den günstig verlaufenden Cholerafällen bald in einem früheren, bald in einem späteren Krankheitsstadium eintretende Wendung zum Besseren gelegentlich einmal gerade in diejenige Zeit fällt, um welche das Leben durch die Infusion verlängert worden ist, dass die Besserung also nicht mehr hätte eintreten können, wenn die Infusion nicht ausgeführt worden wäre. Dass die Zahl der auf diese Weise Geretteten — es kann sich nur um vereinzelte Fälle handeln — bei der in verschiedenen Epidemien innerhalb weiter Grenzen schwankenden Statistik nicht in's Gewicht fallen kann, ist einleuchtend, aber ebensowenig, wie man etwa bei der Pneumonie die Darreichung von Campher *davon* abhängig machen wird, ob der Nutzen desselben statistisch nachweisbar ist, ebensowenig darf man bei der Cholera — vorausgesetzt, dass die äusseren Verhältnisse es gestatten — auf die Infusionstherapie aus dem Grunde verzichten, weil sie die Mortalitätsziffer nicht herabzusetzen vermag.

Man könnte vielleicht fragen, ob denn nicht derselbe Effect, den wir durch die Infusion erzielen, in weniger eclatanter aber ebenso sicherer Weise durch die Anwendung der gewöhnlichen Reizmittel erreicht werden kann. Diese Frage muss ich entschieden verneinen; alle unsere schwereren Kranken erhielten regelmässig Campher, trotzdem wurde bei einer ganzen Reihe derselben nach einiger Zeit die Infusion nöthig und erwies sich dann von gewöhnlicher Wirksamkeit, wo Campher versagt hatte.

Ausser der eventuell lebensrettenden Wirkung der intravenösen Infusion möchte ich noch hervorheben, dass die oft sehr quälenden schmerzhaften Wadenkrämpfe nach derselben fast immer sofort verschwinden oder wenigstens geringer werden.

Im Ganzen wurde bei 107 Personen die Infusion nöthig, davon genas nur etwa der vierte Theil (27). Im Anfang wurde die Infusion nach Bedürfniss wiederholt, doch machten wir sehr bald die Erfahrung, dass jede folgende Infusion weniger wirksam ist, als die vorhergehende, so dass auf der Höhe der Epidemie die Meisten höchstens eine Infusion erhielten. Infundirt wurden Erwachsenen gewöhnlich $1^1/_2$ L. einer Lösung, welche 6 Grm. Chlornatrium und 3 Grm. Natr. bicarbon. im L. enthielt. Die Temperatur derselben im Irrigator betrug 40,0 bis 42,0° C.; bestimmte Vorschriften darüber, wie warm die Lösung im Irrigator sein soll, lassen sich nicht geben, weil es nicht selten vorkam, dass aus unbekannten Gründen auch bei höchstmöglichem Stand des Irrigators das Einlaufen in die Venen abnorm langsam von Statten ging und daher die Abkühlung des Wassers auf seinem Wege aus dem Irrigator bis zur Vene eine ungewöhnlich grosse war, sodass das Wasser im Irrigator eine höhere Temperatur erhalten musste. Durch Niedrighängen des Irrigators sorgten wir andrerseits dafür, dass in Fällen von auffallend schnellem Fliessen $1^1/_2$ L. nicht schneller als in 15 Min. einliefen.

War nach $1^1/_2$ L. noch kein befriedigender Effect vorhanden, so wurde bisweilen auch mehr infundirt. In einem hoffnungslos aussehenden Falle, der schon eine Infusion erhalten hatte und wieder pulslos geworden war, infundirte ich zuerst $1^1/_2$ L. und als der Puls darnach nur eben fühlbar wurde, weitere $1^1/_2$ L. Der Mann hatte also im Laufe etwa einer halben Stunde 3 L. erhalten; der Puls war jetzt recht gut, nichtsdestoweniger starb er schon nach 2 Stunden.

Sehr häufig trat nach der Infusion ein Schüttelfrost auf, seltener erfolgte Schweissausbruch, der letztere nur in solchen Fällen, welche wenigstens das stad. algidum überstanden; 2 von diesen erlagen dem Koma, 3 genasen.

Eine günstige Einwirkung auf die Diurese, wie sie von Einigen behauptet worden ist, habe ich nicht constatiren können.

Irgend eine schädliche Wirkung der intravenösen Infusion habe ich nicht bemerkt; folgenden Todesfall kann man jedenfalls nicht der Infusion als solcher zur Last legen:

Es wird ein pulsloser Cholerakranker eingebracht und erhält sofort eine intravenöse Infusion; kurz vor Beendigung derselben erfolgt der exitus; es erweist sich, dass dem zu infundirenden Wasser statt einer concentrirten Salzlösung ein Fläschchen Aether hinzugefügt worden war. Nun sind zwar $1^1/_2$ L. Wasser im Stande bis zu 150 Ccm. Aether aufzulösen, aber da der Aether bei 35° C. siedet und unser Wasser eine Temperatur von 40,0 bis 42,0° C. hatte, so muss der grösste Theil des Aethers verdampft gewesen sein. Eher ist wohl anzunehmen, dass der Tod infolge des dem infundirten Wasser fehlenden Kochsalzgehaltes erfolgt ist, doch bemerke ich, dass wir kein destillirtes, sondern einfach abgekochtes Wasser anwandten, welches also noch Spuren von Salzen enthielt.

Es ist aber gewiss auch an die Möglichkeit zu denken, dass das Zusammentreffen des Todes mit der Infusion ein zufälliges gewesen ist. Wenn viele Kranke auf dem Transport in's Krankenhaus oder gleich nach der Aufnahme, manchmal während der Vorbereitungen zur Infusion starben, so hat es nichts Auffälliges, wenn einer gelegentlich einmal auch während der Infusion stirbt; dass dies gerade diejenige Infusion war, bei welcher ein Versehen begangen wurde, macht die Sache ja allerdings höchst verdächtig. Jedenfalls ist der Tod nicht der Infusion als solcher zur Last zu legen, sondern einem Versehen, das bei derselben vorkam, und das auch bei der Medication per os gelegentlich in ähnlicher Weise unheilvoll werden kann.

Zum Schluss noch einige Zahlenangaben: im Ganzen waren in Behandlung 217 Cholerakranke, davon gestorben 112, also eine Mortalität von 51,6 pCt. Bei dieser Berechnung wurden nicht mitgezählt 3 Fälle von Choleradiarrhöen (mit positivem Bacillenbefund), ferner 3 als Leichen eingelieferte; dagegen sind wohl mitgezählt alle diejenigen Fälle, wo bei sonst gesunden Personen ohne nachweisbaren Diätfehler plötzlich Erbrechen und Durchfall aufgetreten war, auch wenn die bacteriologische Untersuchung negativ ausfiel. Ich bin der Ansicht, dass bei der Aufstellung einer Statistik der bacteriologische Befund nicht maassgebend sein darf, erstens weil anderenfalls unsere modernen Statistiken nicht mehr vergleichbar sein würden mit den aus älteren Zeiten vor Entdeckung der Kommabacillen stammenden; zweitens weil es zur Zeit einer Epidemie wol nie möglich sein wird, sämmtliche Fälle auf Kommabacillen zu untersuchen und zwar

nöthigenfalls wiederholt, denn dass ein einmaliger negativer Bacillenbefund nicht genügt, um das Vorhandensein von asiatischer Cholera in Abrede zu stellen, steht ja fest[10]). Wenn man mir nun vermuthlich auch zugeben wird, dass der bacteriologische Befund für die Aufstellung unserer Statistik belanglos ist, so kann man doch darüber verschiedener Meinung sein, ob es practisch ist, meine oben angegebenen Merkmale (Erbrechen und Durchfall bei sonst gesunden Personen ohne vorausgegangenen Diätfehler) für genügend zu halten, um einen Krankheitsfall der Cholera zuzuzählen. Verlangt man ausserdem noch schwerere, charakteristischere Erscheinungen, so fallen 6 von den Genesenen noch fort (darunter einer mit positivem Bacillenbefund, einer welcher angab zu Hause «helle Stühle» gehabt zu haben und einer, dessen Mutter an Cholera gestorben war); wir erhalten dann folgende Zahlen: genesen 99, gestorben 112, Mortalität 53,1 pCt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Natanson: Die Krankheiten der Augen in ihrer Beziehung zu den Allgemeinerkrankungen des Organismus. St. Petersburg, 1895 (russisch).

Die stetig fortschreitende Entwickelung der Specialfächer macht dem praktischen Arzte den Ueberblick über dieselben immer schwieriger und bringt den Specialisten in Gefahr, die ursächliche Bedeutung der Allgemeinerkrankungen nicht genügend würdigen und beurtheilen zu können. Es ist daher nothwendig, dass von Zeit zu Zeit die Beziehungen der letzteren zu den Erkrankungen der in Specialfächer abgetrennten Organe in zusammenfassenden Abhandlungen zu eingehender Darstellung kommen. Diesem Bedürfnisse kommt das Natanson'sche Buch für die Erkrankungen des Auges entgegen. In der Einleitung wird ein kurzer Ueberblick über die Aetiologie der Erkrankungen der einzelnen Theile des Auges gegeben, soweit sie von Allgemeinkrankheiten abhängig sind, und der Einfluss der Erblichkeit, des Alters und Geschlechts auf die Augen, sowie ihr Verhalten im Schlafe und nach dem Tode besprochen. Dann folgen in 12 Capiteln die Beziehungen zwischen den Erkrankungen der Augen und des Haut- und Nervensystems, des Ohres, der Nase, der Athmungs- und Verdauungsorgane und des Urogenitalsystems, sowie der Einfluss der Blutveränderung, der Ernährungsstörungen, der Infectionskrankheiten und der Medicamente auf die Augen; endlich die parasitären Augenkrankheiten und die bösartigen Tumoren.

Alle Capitel sind mit grosser Sorgfalt gearbeitet. Es ist dem Verfasser gelungen in kurzer und doch Jedem verständlicher Weise ein klares Bild von dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse auf diesen Gebieten zu geben. Reiche, im Laufe langjähriger gemeinsamer Arbeit mit Fachgenossen an dem grossen Krankenmaterial der St. Petersburger Augenheilanstalt und des klinischen Instituts erworbene Erfahrung ermöglicht es ihm, bei seiner Arbeit nicht nur compilatorisch zu Werke zu gehn, sondern nach klarer Sichtung des literärischen Materials jedes Krankheitsbild durch kurze aber prägnante Krankheitsfälle meist eigener Beobachtung deutlich zu machen und den Leser dadurch von der Richtigkeit des Gesagten zu überzeugen. Besonders werthvoll ist das N'sche Buch für den praktischen Arzt, da der Verf. mit richtiger Auswahl die dem letzteren besonders wichtigen, ihm am häufigsten entgegentretenden Fragen besprochen hat. Aber auch dem Ophthalmologen ist es wichtig und interessant, da er hier Alles zweckmässig und gut zusammengefasst findet, was auf diesem Gebiet in den ophthalmologischen und therapeutischen Journalen der verschiedenen Nationen geschrieben worden ist und das Literaturverzeichniss am Schluss des Buches ihm die Quellen angiebt, aus denen N. geschöpft und nach denen Jeder weiter forschen und die nicht ausdrücklich angegebene Literatur finden kann. Besonders die russische Literatur hat eine Berücksichtigung gefunden, wie bisher in keinem derartigen Buche.

Den Inhalt des Buches im Einzelnen durchzusprechen, würde zu weit führen. Ich möchte nur besonders auf das den grössten Raum (165 Seiten) einnehmende und dem Praktiker wohl auch wichtigste 2. Capitel aufmerksam machen, das die Beziehungen zwischen den Erkrankungen des Auges und des Nervensystems behandelt und ausser der sorgfältig aus der gesammten Literatur zusammengetragenen pathologischen Casuistik eine übersichtliche, klare Darstellung der Anatomie und Physiologie der centralen Theile des Sehorgans, und seines Bewegungsapparates bietet. Besonders bequem für den Praktiker ist der 10. Abschnitt dieses Capitels, in welchem die diagnostische Bedeutung der einzelnen Augensymptome für die Localisation der Erkrankung im Nervensystem besprochen wird.

Die meist anderen bewährten Werken entlehnten Abbildungen (60) tragen wesentlich zum Verständniss bei; nur die mikroskop. und ophthalmoskop. Bilder sind nicht gut reproducirt und müssten in der nächsten Auflage durch bessere und z. Th. farbige ersetzt werden.

Sonstige kleine Ausstellungen, die sich machen liessen, übergehe ich als unwesentlich. Nur das Capitel über die Beziehungen zwischen Augen- und Nasenkrankheiten müsste ausführlicher und mit Berücksichtigung auch der neuesten Literatur behandelt werden.

Wir können das Buch allen russisch verstehenden Lesern angelegentlichst empfehlen und hoffen, dass es auch den anderen bald durch Uebersetzung zugänglich gemacht werden wird.

Schroeder.

[10]) cf. Rumpel. Deutsche med. Wochenschr. XIX, 1893, Nr. 7, S. 161.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

582. Sitzung am 3. Januar 1895.

Vorsitzender Herr Moritz; Secretär W. Beckmann.

1. Herr Tiling macht einige Zusätze zum Protokoll der vorigen Sitzung.

2. Der Secretär verliesst den Jahresbericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins im verflossenen Jahre.

583. Sitzung am 17. Januar 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär W. Beckmann.

1. Herr Moritz berichtet über einen Fall von verticaler Albuminurie. Am 16. April 1891 sprach der Vortragende schon über denselben Fall, jetzt ist er in der Lage über den weiteren Verlauf der Krankheit auf Grund langdauernder und genauer Beobachtungen berichten zu können. Regelmässige, tägliche Messungen des Harnquantums und Bestimmungen der Eiweissmenge sind im Verlaufe von $1^1/_2$ Jahren vorgenommen worden. In der letzten Zeit wurden diese Untersuchungen in bestimmten Intervallen gemacht. Als M. zum ersten Mal über den zu besprechenden Pat. berichtete, war derselbe $17^1/_2$ Jahre alt. Der Krankheit war nur eine anscheinend unschuldige Angina vorausgegangen. Pat. trank von Kindheit an gerne Milch und nahm sowohl vor als während der Krankheit grosse Quantitäten von Milch zu sich. Spirituosen hatte Pat. niemals genossen. Pat. ist hoch aufgeschossen und ziemlich mager, fühlt sich aber sonst stets wohl. Während der ganzen 4-jährigen Beobachtungszeit konnte nie Eiweiss nachgewiesen werden, solange Pat. in horizontaler Körperstellung im oder auf dem Bette sich befand; der Harn war vollkommen normal. Sobald Pat. sich aufrichtete, — stand oder ging — fand sich Eiweiss im Urin. An den Tagen, welche Liegetagen folgten, war in der Regel die ausgeschiedene Eiweissmenge über den Durchschnitt erhöht. Bald nachdem zum ersten Mal über den Pat. berichtet wurde, bestand derselbe sein Abiturientenexamen, was naturgemäss grössere geistige Austrengungen mit sich brachte. In dieser Zeit waren die Eiweissverluste die grössten: durchschnittlich 0,5 grm. täglich. An einem Examentage, wo Pat. bis 6 Uhr Abends in der Schule beschäftigt war, erreichte die Eiweissausscheidung mit 0,75 grm. ihr Maximum. An diesem Tage waren auch (nicht sehr spärliche) Cylinder zu finden. Ausser diesem Male wurden nur noch 3 mal vereinzelte Cylinder constatirt und zwar je ein mal im October und November desselben Jahres. Ein drittes mal, später, war der Cylinderbefund zweifelhaft. Im Sommer des Jahres 1891 wurden nach überstandenem Examen auf dem Lande Curversuche angestellt. Schon vorher war constatirt worden, dass Bäder ohne Arzneigebrauch entweder keinen Effect auf die Eiweissscheidung hätten oder sogar der Eiweissgehalt des Urins dadurch ein wenig gesteigert würde. Tr. Strophanti und Hydrastis wurden zur Examenzeit verabfolgt, an diesen Tagen war die Eiweissausscheidung eine verhältnissmässig hohe. Auf dem Lande betrug bei 20 Tage langem Gebrauch von Natr. salicylic. der tägliche Eiweissverlust 0,135. Bei Tanningebrauch vom 24. Juni bis 8. Juli war der Eiweissgehalt ein wenig höher. Nach einer Pause ohne Arzneigebrauch bei mittlerer Eiweissausscheidung wurde wieder 20 Tage lang Natr. salicyl. gebraucht mit dem gleichen Erfolg wie das erste Mal. Im Sommer nahm das Körpergewicht etwas zu. Im September wurden schon in der Stadt kleine Dosen von Protojoduretum hydrarg. gegeben. Dabei liess sich eine geringe Verschlimmerung beobachten und zwar war der tägliche Eiweissverlust 0,2. Dieselbe Zahl ergab Antipyringebrauch bei gleichzeitig ungünstigen äusseren Verhältnissen. Im October beobachtete Pat. 13 Tage lang Bettruhe, während welcher Zeit gar keine Albuminurie vorhanden war, während dieser Zeit ging aber das Körpergewicht um 4 Pfund herunter. Am ersten Tage nach dem Aufstehen betrug der Eiweissverlust 0,7. Beim Gebrauch von Kali jodat. wurden täglich 0,2 Albumen ausgeschieden, ebenso konnte während einer 10 Tage langen Periode mit Atropingebrauch bei gleichzeitigem Tragen eines festgeschnall-

ten Kissens auf dem Leibe keine Abweichung vom durchschnittlichen Verhalten constatirt werden. Auch das Tragen einer den Leib comprimirenden Gummibinde hatte keinen Effect. Durch diese beide sollte einer etwaigen stärkeren Füllung der Venen in aufrechter Stellung entgegengewirkt werden. Im nächsten Sommer betrug der Eiweissverlust auf dem Lande im Durchschnitt 0,17 täglich. Gebrauch von Arsenik 8 Tage lang und von Eisen 13 Tage lang ergab eher etwas höhere Eiweisszahlen. Im August und September waren keine Veränderungen zu bemerken. Der Eiweissverlust schwankte um 0,15 täglich. Aehnliches wurde bei Untersuchungen im Februar, März und October 1893 constatirt. Im April 1894 wurde 6 Tage lang Arbutin verabreicht mit eher ungünstigem Erfolg (0,18 Albumen täglich). Eiweissbestimmungen im November und December 1894 5 Wochen hindurch ergaben 0,14 Eiweissverlust täglich, wobei das Minimum 0,07, das Maximum 0,23 betrug. Das Allgemeinbefinden war während der ganzen Beobachtungszeit gut, das Herz nicht vergrössert. Der Pat. vermied keineswegs Muskelanstrengungen oder Strapazen. Derselbe ist allerdings recht mager. (Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Dr. X. Dombrowski ist als Nachfolger von Dr. A. Schmitz zum Oberarzt der chirurgischen Abtheilung des hiesigen Kinderhospitals des Prinzen Peter von Oldenburg ernannt worden.

— Befördert: Das berathende Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités und des Medicinal-Conseils des Ministeriums des Innern, Geheimrath Balinski — zum wirklichen Geheimrath, unter Verabschiedung mit Uniform auf eigenes Ersuchen.

— Der Professor der Physiologie J. M. Ssetschenow hat am 1. Mai das 35-jährige Jubiläum seiner Professorenthätigkeit gefeiert.

— Das Project des Weiblichen medicinischen Instituts ist am 22. April mit einigen Abänderungen vom Reichsrath bestätigt worden. (Wr.)

— Professor J. P. Lasarewitsch ist zum ständigen Mitglied des Medicinalraths ernannt worden. (Wr.)

— Prof. emer. Dr. Georg Dragendorff, der sich bekanntlich nach seiner Verabschiedung von der Universität Jurjew (Dorpat) in Rostok niedergelassen hatte, um dort seinen wissenschaftlichen Arbeiten zu leben, hat, wie die «N. D. Ztg.» erfährt, den überaus ehrenden Ruf erhalten, die in der Berliner Universität neu zu gründende Professur für Pharmacie als Erster zu bekleiden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. April d. J. 6609 (96 wen. als in d. Vorwoche), darunter 309 Typhus — (6 wen.), 745 Syphilis — (7 mehr), 82 Scharlach — (7 wen.) 30 Diphtherie — (3 mehr), 39 Masern — (2 mehr), und 22 Pockenkranke (4 mehr).

Am 29. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 6460 (149 weniger als in der Vorwoche), darunter 306 Typhus — (3 wen.) 724 Syphilis — (21 wen.), 85 Scharlach — (3 mehr) 33 Diphtherie — (3 mehr), 43 Masern (4 mehr) und 22 Pockenkranke (= Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. April bis 5. Mai 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
353	254	607	132	69	83	7	10	19	60	60	37	43	49	25	9	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 9, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 106, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 50, Todtgeborene 29.

➜ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte Dienstag den 9. Mai 1895.

➜ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 15. Mai 1895.

Königliches Bad Oeynhausen. Station der Linie Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim.

Thermal- und Soolbäder. Saison vom 15. Mai bis Ende September. Winterbad vom 1. October bis Mitte Mai. Molken- u. Milchkur-Anstalt. Allgemeine Wasserleitung u. Schwemmkanalisation. Prospecte u. Beschreibung übersendet frei die Königliche Bade-Verwaltung. (66) 3—1

MARIENBAD (BÖHMEN) Weltcurort

mit sehr starken Glaubersalzwässern, reinen Eisenwässern, sehr eisenreichen Mineralmooren, ausgezeichnet durch seine Höhenlage in Waldbergen.

Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- u. Heissluftbäder, Kaltwasserheilanstalt.

Neuerbaute Colonnade. — Salz-Sud-Werk. — Elektrische Stadtbeleuchtung. — Hochquellenwasserleitung.

Theater. — Tombola. — Tanz-Reunionen. — Jagd. — Fischerei. — Reit- und Radfahr-Club, Jugendspielplätze. — Lawn-Tennis. — Interurb. Telefon.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. Frequenz 17.000 (excl. Passanten).

Prospecte und Brochüren gratis vom Bürgermeisteramt.

FÜR TRINKCUREN im Hause: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn. Carolinenbrunn. Die Fl. haben eine Grösse v. 3/4 Lit. Inhalt.

Natürliches Marienbader Brunnensalz, pulv. u. kryst. (0 862 gr. pulv. Salz entsprechend 100 gr. Mineralw.). In Flacons à 125 gr. u. 250 gr. od. dosirt zu 5 gr. in Cartons.

Marienbader Brunnen-Pastillen in Orig.-Schachteln.

FÜR BADEKUREN Marienbader Moorerde, Brunnenseife, Mutterlauge u. Laugensalz. In allen Mineralwasser-Handl., Droguerien u. grösseren Apotheken erhältlich.

Brunnen-Versendung, Marienbad.

Eröffnung der Seebäder 1. Juni, der Soolbäder am 24. Mai.

Saison 1895. | 13 Aerzte.

Kolberg

war besucht 1894 von **8832 wirklichen Kurgästen.**

Fremdenverkehr während der Saison **über 20000.**

Eisenbahn-Sommer-Fahrkarten.

Kolberg

ist der einzige Kurort, der gleichzeitig **See- u. natürliche Soolbäder** bietet.

Starker Wellenschlag, stein- und schlammfreier Strand.

Warme See-, Sool- und Moorbäder.

Dampfer-Verbindung m. Bornholm, Kopenhagen u. sämtl. Pomm. Bädern.

Telephon-Verbindung m. Berlin, Stettin, Anklam, Greifswald, Stralsund und and. vorpomm. Bädern.

See- und Solbad
KOLBERG
Saison 1895.

Dampfbäder, Massage, kohlensaure Bäder, Heilgymn., Inhalatorien.

Prächtige Parkanlagen 3000 Personen **fassende Strandplatte.**

3 km lange prachtvolle **Dünen-Promenade.**

Kolberg

hat Wasserleitung mit Hochdruck

Kanalisation. Städtischer Schlachthof

Verkaufsstellen für frische, gute Milch, Molken.

Grosser Promenadensteg in See.

Kolberg

hat gutes Theater, Konzerte, Reunions etc.

Gute Kur-Kapelle von 40 Musikern.

Lesehalle mit ca. 200 Zeitungen und Zeitschriften

Lawn tennis Spielplätze.

Schwimmende Restauration.

Grosse Auswahl von Wohnungen zu mässigen Preisen.

Saison 1.Mai—1.Oct. **Bad Nauheim** Frequenz 11681

bei Frankfurt a/Main, Bahnlinie Cassel-Frankfurt a/M.

Schöne Lage am Taunus, erfrischende, reine Luft. Ausgezeichnet durch die Reichhaltigkeit seiner **naturwarmen Badestrudel (30—34° R.)**, ermöglicht mehr als irgend ein anderer Badeort die Anwendung der verschiedenartigsten Bäderfomen, von einfachen Soolbädern bis zu **stark moussirenden kohlensäurereichen Thermalsoolbädern**, die in **jeder Concentration** und **Wärme** gegeben werden können. Einzig in ihrer Art, sind die naturwarmen, ungemein kohlensäurereichen Sprudelstrombäder. Sonstige Kurmittel: **zwei salinische und eine alkalische Trinkquelle, Milch- und Molkenkur, elektrische Bäder, Douchebäder, Gradirwerke, Inhalationssalon, Institute für schwedische Heilgymnastik und Massage, Medico-mechanisches Zander-Institut, Traubenkur, Terrainkur etc.**

Unterhaltungen: grosser, schattiger Park, Curhaus mit eleganten Concert- und Conversationssälen; Lesezimmer mit ca. 200 Zeitungen; 36 Musiker starke Kurkapelle, Theater, Künstler-Concerte, Jagd, Fischerei, Gondelfahrten auf dem See, Lawn-Tennis etc. In nächster Nähe ausgedehnte Waldungen mit zahlreichen neu angelegten Wegen. Die Stadt ist jetzt vollständig kanalisirt und mit Klärbeckenanlage versehen. Ein neues Wasserwerk liefert gesundes Trinkwasser in alle Häuser (Wasserspülung). Kurhaus, Anlagen und einzelne Theile der Stadt sind electrisch beleuchtet. Jede Auskunft ertheilt gerne:

(65) 2—1 Der Vorstand des Kur- und Verschönerungsvereins: **August Wagner.**

SOURCES DE L'ÉTAT
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL
Avoir soin de désigner la Source
VICHY

KRANKENHEILER

Quellwasser Bernhardsquelle (Jodsodaschwefel-), Johann-Georgenquelle (Jodsodawasser). Zu Trinkkuren. (26) 10—5

Quellsalzpastillen.

Quellsalzlauge oder aber Quellsalz, beide durch Eindampfen des Quellwassers gewonnen zur Bereitung von Bädern im Hause.

Quellsalzseife No. I (**Jodsodaseife**), zugleich vorzügliche Toiletteseife.

Quellsalzseife No. II (Jodsodaschwefelseife), medicinische Seife.

Quellsalzseife No. III (verstärkte Quellsalzseife).

Seifengeist.

Man achte beim Einkauf genau auf die Namen und die Schutzmarke mit der Inschrift **„Bad Krankenheil"**. Vorräthig in allen grösseren **Apotheken, Droguen- und Mineralwassergeschäften.** Auf Wunsch auch **directe** Zusendung durch das Verkaufsbureau der Jodsodaschwefelquellen zu Krankenheil bei Tölz, Oberbayer. Gebirg.

Preiscourante und Gebrauchsanweisungen gratis und franco.

Ich praktiziere vom 1. April an wieder in

Bad Nauheim.

(67) 2—1 **Dr. Wilhelm Bode,** Geheimer Medicinalrath.

Moorbäder im Hause!

MATTONI'S MOOR-EXTRACTE ZU BÄDERN
MOOR-SALZ
MOOR-LAUGE

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Kilo.	Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni,
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.
Niederlage in St. Petersburg bei
Stoll & Schmidt. (18) 26—6

Vom 1 Juni ab practiciere ich wieder in

BAD REINERZ.

SAN REMO, Mai 1895.

(69) 3—1 San.-Rat **Dr. SECCHI.**

Дозв. ценз. Спб. 6 Мая 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, 13. (25.) Mai 1895.

Inhalt: W. Schiele: Ueber die Bedeutung der Salzsäure des Magens. — Zuschrift. — Referate: Menicanti und Prausnitz: Das Verhalten verschiedener Brodarten im menschlichen Körper. — G. S. Vinaj: Einfluss hydriatischer Proceduren auf die Widerstandsfähigkeit der Muskel gegen die Ermüdung. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Anzeigen.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird in Wenden Mitte September c. an späterhin noch zu fixirenden Tagen stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber die Bedeutung der Salzsäure des Magens.

Vortrag, gehalten bei einer Zusammenkunft von Collegen in Werro.

Von

Dr. med. W. Schiele.

Ungeachtet der äusserst zahlreichen Untersuchungen über die Verdauung, die besonders in den letzten zehn Jahren angestellt worden sind, herrschen doch noch recht unklare Begriffe über die Vorgänge bei derselben und stehen sich die entgegengesetzten Ansichten und Theorien schroff gegenüber. Dieses gilt besonders für die Physiologie und Pathologie der Magenverdauung.

Es ist der Umstand dafür verantwortlich zu machen, dass das Studium der Verdauungsvorgänge naturgemäss am lebenden Individuum vorgenommen werden muss, doch erst in neuester Zeit hat man gelernt, die dem entgegenstehenden Hindernisse, bis zu einem gewissen Grade wenigstens, zu überwinden.

Von jeher hat der Magen in hohem Maasse das Interesse der Laien und Aerzte erregt, was bei dem Einfluss, den sein Zustand auf das physische und psychische Befinden eines Jeden ausübt, nicht wunderbar erscheinen kann. Die Bedeutung des Magens für den Organismus, sowohl im Allgemeinen, als speciell für die Verdauung, ist aber entschieden überschätzt worden; verlegte man zu Zeiten doch selbst den Sitz der Seele in den Magen und meinte man bis in die neueste Zeit, dass vorwiegend der Magen die Verdauungsarbeit leiste!

Im Alterthum sah man nach dem Vorgange des Hippocrates den Magen für eine Art von Kochapparat an, spätere Zeiten begnügten sich mit der nichtssagenden Erklärung, die verdauende Kraft des Magens beruhe auf gewissen undefinirbaren vitalen Eigenschaften. Positive Kenntnisse über die Vorgänge der Verdauung hat uns erst unser XIX. Jahrhundert gebracht. Im Jahre 1824 entdeckte Prout die Salzsäure im Magensafte, einige Jahre später wurde die Milchsäure gefunden, zuletzt von Schwann das Pepsin.

Diese Funde verhalfen endlich der Ansicht der Gegner des Vitalismus zum Siege und zeigten, dass der Verdauungsprocess etwas sehr wohl Definirbares sei und dass es sich bei demselben um chemische Vorgänge handle.

Eine Bestätigung brachten die bekannten Verdauungsversuche Beaumont's mit dem Magensaft eines canadischen Jägers, der an einer durch eine Schussverletzung hervorgerufenen Magenfistel litt. Einigen anderen Forschern gelang es in der Folge bei Thieren künstlich Magenfisteln anzulegen, aus denen sie Magensaft zu Verdauungsversuchen gewannen.

Immerhin war es nur wenigen vergönnt, selber Experimente mit dem Magensafte und Prüfungen seiner verdauenden Eigenschaften vorzunehmen, bis die Erfindung der Magenpumpe durch Kussmaul im Jahre 1869 es einem Jeden ermöglichte, derartige Untersuchungen auszuführen und, wenn man auch einen vollen Einblick in die Thätigkeit des Magens durch dieses Hülfsmittel nicht erlangen konnte, so brachte uns die Entdeckung der Magenpumpe doch einen gewaltigen Schritt vorwärts in der Erkenntniss der Physiologie und Pathologie des Magens.

Trotzdem bestehen noch heute in den wesentlichsten Puncten bedeutende Meinungsverschiedenheiten, noch immer herrscht z. B. keine Klarheit über die Wirkungsweise des Magensaftes und die Bedeutung seiner wesentlichsten Componenten, der Salzsäure und des Pepsins. Gehen wir etwas näher auf die streitigen Puncte ein.

Die erste Frage betrifft die Natur der Säure des Magensaftes. Wie erwähnt wurde einige Jahre nach der Salzsäure die Milchsäure im Magensaft gefunden. Da die Entdeckung Prout's von vorn herein mit grossem Misstrauen aufgenommen worden war, weil man sich nicht vorstellen konnte, wie eine so starke, ja eine der stärksten mineralischen Säuren, die Salzsäure, im Magen auftreten könne, ohne die Wandungen desselben zu zerstören, andererseits die Möglichkeit zur Nachprüfung eine sehr geringe war, so schloss man sich bald fast allgemein der späteren und glaubhafter erscheinenden Anschauung an, dass es sich im Magen um Milchsäure handele.

Ein erbitterter Streit entspann sich, der erst 1852 durch Bidder und Schmidt zum Abschluss gebracht wurde, die eine definitive Entscheidung zu Gunsten der Salzsäure herbeiführten. Unbegreiflicher Weise tauchten und tauchen immer und immer wieder entgegengesetzte Angaben auf, in denen der Milchsäure eine ihr nicht zukommende Bedeutung beigelegt wird, obgleich Bidder und Schmidt in ihrem berühmten Werk: «die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel,» gestützt auf experimentelle Studien, die Entdeckung Prout's durchaus bestätigten, dass die Säure des Magensaftes Salzsäure sei, und auf das Schlagendste bewiesen, dass die Milchsäure kein constanter Bestandtheil des Magensaftes sei, was schon daraus hervorgeht, dass sie sich normaler Weise nur bei Amylaceenkost findet.

Noch 1874 kam Laborde zu dem falschen Schluss, dass der Magensaft nur Milchsäure und keine Salzsäure enthalte und wenn diese Ansicht jetzt allgemein verlassen ist, so stehen doch viele Forscher noch heute auf dem Standpunkt: die Milchsäure sei ein constanter Bestandtheil des Magensaftes, trete vor der Salzsäure auf und sei zwar nicht direct an der Verdauung der Nahrung betheiligt, doch indirect, indem sie, d. i. die Milchsäure, vor der Salzsäure im Magen auftrete und eine Abspaltung der Salzsäure von Chloriden bewirke. So schreibt Landois in seinem bekannten Lehrbuch der Physiologie des Menschen: «Ueber die Bildung der freien Säure scheint folgendes festzustehen: Die Belegzellen scheiden die Salzsäure aus Chloriden ab, welche die Schleimhaut aus dem Blute aufnimmt. Das hierbei wirksame Agens ist die Milchsäure; diese vermag merkwürdiger Weise Kochsalz unter Bildung freier Salzsäure zu zerlegen».

In einem, in jüngster Zeit erschienenen Werk über die Erkrankungen des Magens von G. M. Delove und A. Remond findet sich gleichfalls diese irrthümliche Angabe. Als Beweis für die Richtigkeit ihrer Ansicht dient den Anhängern dieser Theorie unter anderem ein Experiment Maly's. Maly wies die Möglichkeit der Abspaltung von Salzsäure durch Einwirkung von Milchsäure auf Chlornatrium im Reagensglase nach. Die Anwendung des Experimentes im Reagensglase auf die Vorgänge im Magen ist aber in diesem Falle absolut nicht statthaft, denn die Bedingungen sind im Magen ganz andere. Die Hauptbedingung, das der Salzsäure vorhergehende Auftreten von Milchsäure, ist nach den keinen Zweifel zulassenden Untersuchungen von Bidder und Schmidt nicht erfüllt, somit die ganze Theorie hinfällig.

Untersuchten die genannten Forscher den Magensaft vollständig nüchterner Hunde oder solcher, deren Saftsecretion durch Einführen von Wasser, organischer Substanzen oder psychisch angeregt war, so enthielt er nie Milchsäure, sondern immer nur Salzsäure; wurden den Thieren jedoch Amylaceen als Nahrung gereicht, so enthielt der Magensaft auch Milchsäure. Ein klarer Beweis dafür, dass die Salzsäure vom Magen secernirt, die Milchsäure von den Amylaceen abgespalten wird.

Bunge stellt eine Theorie auf, die jedenfalls physiologisch möglich ist; nach ihm bewirkt die Kohlensäure des Blutes die Abspaltung der Salzsäure von Chloriden im Magen. Diese beständig im Blut circulirende schwache Säure soll dazu die Fähigkeit durch die sogenannte «Massenwirkung» erlangen. Hayem und Winter schreiben dem Eiweiss der Nahrung die Aufgabe der Abspaltung der Salzsäure von den Chloriden zu, wobei dasselbe als Säure wirken soll; eine nicht sehr wahrscheinlich klingende Annahme; doch besitzt das Eiweiss bekanntlich sowohl die Eigenschaften einer Base, wie einer Säure.

Eine weitere Frage betrifft den Ort der Bildung der Salzsäure im Magen. Die meisten Autoren stimmen darin überein, dass die Belegzellen der Magendrüsen, und vorwiegend der im Fundus gelegenen, die Salzsäure, die Hauptzellen das Pepsinogen produciren. Hayem und Winter verlegen den Vorgang der Salzsäureproduction in das Magenlumen und wenn ihre Theorie auch keine Anhänger gefunden, so ist es den Gegnern doch nicht gelungen, für ihre Annahme einwandfreie Beweise beizubringen; mit absoluter Sicherheit vermag man den Ort der Salzsäureabscheidung also noch nicht anzugeben.

Noch weniger Uebereinstimmung herrscht über die Art und Weise der Einwirkung der abgespaltenen Salzsäure auf die Nahrung und die Bedeutung, welche einerseits der Salzsäure, andererseits dem Pepsin bei dem Verdauungsvorgang zukommt, auch in diesem Puncte differiren die Ansichten wesentlich.

Die verbreitetste Ansicht lautet folgendermaassen: ein grosser Theil des Nahrungseiweisses wird im Magen verdaut; die grösste Bedeutung bei der Verdauung kommt der Salzsäure zu, sie bewirkt eine Umwandlung des in den Hauptzellen der Magendrüsen vorräthigen Propepsins in Pepsin, welch Letzteres die Peptonisation der Eiweisskörper bewirkt. Das Zymogen ist an und für sich unwirksam.

Abweichend hiervon nimmt Hoppe-Seyler an, dass nicht das Pepsin, sondern gerade die Salzsäure die Peptonisation des Eiweisses bewirke, dem Pepsin kommt dabei nur eine Vermittlerrolle zu, indem die Wirkung des Pepsins in nichts anderem besteht, als in Uebertragung der Salzsäure an das Eiweissmolecul.

Bunge und Hammarsten bestreiten überhaupt die Wichtigkeit des Magens für die Verdauung. Nach ihnen ist der Magen nur Vorrathskammer und Desinfectionsraum, in welchem die Nahrung durch Verarbeiten zum Chymusbrei und Abtödten der eingedrungenen Microorganismen zur eigentlichen Verdauung, die im Darme stattfindet, vorbereitet wird. Die Salzsäure ist hierbei das Desinficiens, in ihrer desinficirenden Eigenschaft, in ihrem Vermögen Microorganismen zu vernichten, ist ihre Bedeutung zu sehen.

Nur in einem Puncte herrschte bis vor kurzer Zeit vollste Uebereinstimmung. Nach der allgemein angenommenen Ansicht kam nämlich ausschliesslich die sogenannte freie Salzsäure, im Sinne von überschüssig, bei der Verdauung in Betracht, sei es, dass sie nach Bunges Anschauung dazu berufen sei die Bacterien zu vernichten, oder sei es, dass sie die Peptonisation des Nahrungseiweisses im Verein mit dem Pepsin besorge. Erst nach Sättigung aller vorhandenen Affinitäten organischer und anorganischer Natur, tritt die Salzsäure als freie, überschüssige auf, erst wenn die freie Salzsäure eine gewisse Concentration erreicht hat, beginnt ihre specifische Wirkung. In jedem Lehrbuch, in jeder Arbeit über das Thema der Verdauung lesen wir, dass nur die freie Salzsäure von Bedeutung sei, nur sie leiste die Verdauungsarbeit, nur sie komme für den Ablauf der Digestion in Betracht, die gebundene ist absolut werthlos. Zum Beweise mögen einige Citate aus Werken mehrerer der namhaftesten deutschen Kliniker resp. ihrer Schüler dienen.

Hoffmann schreibt: Es ist schon hinreichend her-

vorgehoben, dass sich die Salzsäure im Magensafte in zwei wesentlich verschiedenen Zuständen finden kann; ein Theil ist ganz frei und physiologisch wirksam, er wirkt auf die bekannten Farbstoffe, als deren Prototyp man das Tropaeolin betrachten kann. Der andere Theil ist durch schwache Basen (Eiweiss) gebunden, er reagirt nicht auf Tropaeolin, wohl aber noch auf Lakmus und Phenolphtalein, er ist physiologisch unwirksam». In der kleinen klinischen Diagnostik von Klemperer findet sich folgender Passus: «Nur wenn die Salzsäure auch das Methyl bläut, haben wir die Sicherheit, dass sie auch frei ist, dass sie verdaut. Diejenige Salzsäure, welche durch Titration, Cinchoninverfahren oder nach Bidder und Schmidt nachgewiesen wird, ist für das Verdauungsgeschäft verloren. Bei Schaffer lesen wir: «Wir glauben daher zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass die Farbstoffreactionen und ganz besonders die Günzburg'sche Probe, eine zuverlässige Handhabe für die Beurtheilung der Frage bieten, ob eine vom klinischen Standpunkte aus in Betracht kommende Salzsäure im Magen vorhanden ist, oder nicht.» In einer Arbeit von Moritz heisst es: «Es hat aber auch einen wichtigen physiologischen Grund zu unterscheiden zwischen einem Safte in dem die Säure frei nachweisbar ist und einem solchen, in dem sie, wenn auch vorhanden, so doch durch Eiweisskörper verdeckt ist. Ein derartiger Saft hat keine Verdauungsfähigkeit mehr.»

Das möge genügen; überall begegnen wir der gleichen Ansicht, keine einzige Abweichung findet sich.

Erst in neuester Zeit sind die französischen Forscher Hayem und Winter mit der entgegengesetzten Behauptung an die Oeffentlichkeit getreten, indem sie angeben, dass gerade nur die gebundene Salzsäure bei der Verdauung Bedeutung habe und die freie vollständig nutzlos sei, oder, um mit ihren eigenen Worten zu reden: «Wenn wir, um einen Maassstab für die Intensität der Verdauung zu gewinnen, lediglich die freie Salzsäure bestimmen, so lernen wir nur den jetzt ganz unnütz gewordenen Ueberschuss der Salzsäure kennen. Gerade die zu nützlicher Arbeit verwendete Salzsäure entgeht uns.»

In Deutschland schloss sich Martius in Rostock dieser Auffassung an und vertritt seinen Standpunkt in einer Schrift über die Magensäure des Menschen mit aller Entschiedenheit. Zum besseren Verständniss lasse ich seine eigenen Worte folgen: «Das Auftreten der freien Salzsäure ist nur der Indicator für den Zeitpunkt, in dem die Salzsäure ihre Rolle ausgespielt hat. Es mag nicht überflüssig erscheinen, dass dieser Punkt so scharf betont wird. Der überall wiederkehrende Ausdruck: nur die (im modernen Sinne) freie d. h. durch die Farbstoffreactionen in einem Verdauungsgemisch nachweisbare Salzsäure «komme klinisch in Betracht», «verdaue», «sei physiologisch wirksam» etc. kann garnicht anders verstanden werden, als wenn erst in dem Zeitmoment, in dem die genannten Farbstoffreactionen auftreten, die Verdauungsarbeit beginnt, während sie doch eben in diesem Zeitpunkt vorüber ist. Die Drüse liefert unmittelbar die freie Säure. Warum ist aber dann im ersten Stadium keine freie Säure nachweisbar? Weil dieselbe in eben dem Momente, wo sie entsteht, organisch gebunden wird. Die Frage ist nun, ob durch diese Bindung die ursprünglich frei gewesene HCl «physiologisch unwirksam» wird? Die deutschen Autoren beantworten diese Frage schlechthin mit Ja. Hayem und Winter sehen im Gegentheil in der Bindung eben die zu leistende physiologische Arbeit... «Am einseitigsten und unklarsten allerdings ist die in den neueren Lehrbüchern immer und immer wieder vorgebrachte Ansicht, als ob das Verdauungsgeschäft erst mit dem Auftreten der freien Säure seinen Anfang nehme. An sich ist es schon falsch zu sagen, dass zu einer gewissen Zeit nach der Nahrungsaufnahme die HCl frei werde. Sie wird nicht frei, sondern sie bleibt frei. Wir sagen, dass nach Absättigung aller vorhandenen Affinitäten die noch abgesonderte Säure frei bleibt, weil sie keine Arbeit mehr findet... Es geht aus diesen Betrachtungen hervor, dass nicht sämmtliche gebundene HCl als Maass für die Verdauungsarbeit betrachtet werden kann, sondern nur die vom Eiweiss gebundene».

Ist die Behauptung von Hayem und Winter sowie Martius richtig, dass nur die vom Eiweiss im Magen gebundene Salzsäure physiologisch wirksam sei, dann muss eine Peptonisation des Eiweisses im Magen stattfinden auch ohne die Gegenwart freier überschüssiger Salzsäure, die bisher als nothwendiges Postulat betrachtet wurde, d. h. es genügt, wenn genug Salzsäure vorhanden, um sich mit dem vorhandenen Eiweiss zu einem Säurealbuminat, Acidalbumin verbinden zu können, das Mehr an Salzsäure ist für die Peptonisation werthlos.

In meiner eingangs angeführten Arbeit bin ich der Frage näher getreten, ob Acidalbumin eine chemische Verbindung repräsentirt oder nicht. Eine nothwendige Voraussetzung hierzu wäre die chemische Individualität der Eiweisskörper, deren Nachweis bisher noch nicht gelungen ist, obwohl die Annahme, dass die Eiweisse chemisch einheitliche Körper seien, sehr nahe liegt.

Sie zeigen dieselbe Zusammensetzung aus den gleichen Elementen, kommen in der scheinbar gelösten Form als Colloidstoffe vor, nur mit der Crystallisirbarkeit des Eiweisses hapert es noch, obgleich die Darstellung einzelner Pflanzeneiweisse in crystallinischer Form gelungen ist.

Ich versuchte den Nachweis in anderer Art zu führen. Zu dem Zweck stellte ich eine Reihe von Versuchen (21) mit Lösungen einiger Eiweissarten an, die mit Salzsäure versetzt wurden; zuerst bestimmte ich die Gesammtacidität d. h. die ganze Quantität der in der Eiweisslösung enthaltenen Salzsäure, dann die freie Säure und erhielt so, indem ich die Menge der freien Salzsäure von der Gesammtquantität in Abzug brachte, das Quantum der jedes Mal vom Eiweiss gebundenen Säure. Die Durchschnittszahl bei 15 Versuchen mit Paraglobulinlösungen betrug 2,46 pCt. durch Eiweiss gebundene Salzsäure, die grössten Abweichungen 2,66 pCt. resp. 2,25 pCt. Durch Eieralbumin wurden bei 6 Versuchen durchschnittlich 2,23 pCt. Salzsäure gebunden, die grössten Abweichungen nach oben 2,37 pCt., nach unten 2,11 pCt. Die grössten Differenzen gegen den Durchschnitt betrugen bei ersteren 0,20 pCt. resp. 0,21 pCt., bei letzteren 0,14 pCt resp. 0,12 pCt.

Die Versuche, die an Paraglobulin und Eieralbumin angestellt wurden, ergaben also so geringe Differenzen, dass ich letztere auf Kosten der Beobachtungsfehler setzen zu können glaubte und daher zu folgenden Schlüssen kam: Durch Paraglobulin resp. Eieralbumin findet eine Bindung der Salzsäure in aequivalenten Verhältnissen statt, die gleiche Menge dieser Eiweisskärper bindet stets die nämliche Quantität Salzsäure. Daraus ergiebt sich, dass es zu einer chemischen Verbindung zwischen Paraglobulin resp. Eieralbumin und der Salzsäure kommt, dass das Acidalbumin dieser Eiweisskörper eine chemische Verbindung darstellt. Und weiter: Da nur chemisch einheitliche Körper eine chemische Verbindung eingehen können, so ist dieser Umstand ein Beweis dafür, dass Paraglobulin und Eieralbumin chemische Individuen sind. Schliesslich glaube ich noch zu der Annahme ein Recht zu haben, dass die übrigen Eiweisskörper sich ebenso wie das Paraglobulin und Eieralbumin verhalten werden und dass sonach alle Eiweisskörper chemisch einheitlich, chemische Individuen sind.

Um nun wieder auf den Werth resp. die Werthlosigkeit der freien Salzsäure zurückzukommen, so liegen bereits etwas ältere Beobachtungen vor, die für die Behauptung von Hayem und Winter zu sprechen scheinen, die Be-

obachter wussten oder wagten nur nicht, die sich aus ihren Untersuchungen ergebenden Consequenzen zu ziehen. So fiel es Hofmeister auf, dass der Säuregrad des Mageninhaltes Fleisch verdauender Schweine immer ein merkwürdig niedriger, zugleich aber die peptische Wirkung des Magensaftes eine sehr gute war. Hoffmann fand, dass der durchschnittliche Säuregrad des Mageninhaltes bei Menschen je nach der Natur des Individuums verschieden ist, für gewöhnlich bei normalen Personen im mittleren Lebensalter, 0,15 pCt.

Bei vielen war der Säuregehalt jedoch niedriger, namentlich bei älteren Leuten und Kindern, bei welchen der Magen, wie Hoffmann sich ausdrückt, zufrieden ist, wenn er den Sättigungspunkt erreicht. Die Verdauung wird dadurch aber nicht im geringsten beeinflusst.

Experimentell hat E. Kossler, mehr beiläufig, die Angaben von Hayem und Winter geprüft, indem er im Verlauf einer Untersuchung der verschiedenen quantitativen Salzsäurebestimmungen des Magensaftes einige künstliche Verdauungsversuche anstellte, deren Ergebnisse für die Theorie der genannten Forscher sprachen.

Die Wichtigkeit der Frage liess mir eine genaue experimentelle Untersuchung erwünscht erscheinen. Ich stellte daher eine Reihe von künstlichen Verdauungsversuchen an, die alle das gleiche Resultat ergaben. Das Verfahren bei denselben werde ich kurz schildern.

Aus drei verschiedenen Eiweissstoffen: Blutfebrin, Kasein und Paraglobulin, stellte ich mit Hülfe von Salzsäure Acidalbumine her. Zu einer gewissen Quantität Acidalbumin wurde eine den physiologischen Verhältnissen entsprechende Menge 1 pCt. — Pepsinlösung hinzugethan, gut durchgemengt und in dem Brutofen bei einer Temperatur von ca. 40° der Peptonbildung überlassen. Zur Controlle wurde jedes Mal zu gleicher Zeit eine Quantität Acidalbumin und Pepsin mit einem geringen Salzsäureüberschuss in dem Brutofen aufgestellt. Die Mischungen wurden sorgfältig vor Luftzutritt geschützt. Nach einigen Stunden wurde eine Untersuchung auf Pepton vermittelst der Biuretprobe vorgenommen. Das Ergebniss in allen Versuchen, deren 12 ausgeführt wurden, war ein gleiches und bestand darin, dass sowohl im Inhalte der Gefässe ohne, wie mit einem Salzsäureüberschuss eine gleich starke Peptonbildung nachzuweisen war.

Der Vollständigkeit wegen sei noch erwähnt, dass Eiweiss-Pepsinmischungen unter denselben Bedingungen gleichfalls Peptonbildung zeigten, fügte man solchen aber Chloroform hinzu, dass die Bacterienwirkung verhindert, so bildete sich kein Pepton, während ein Chloroformzusatz bei den Acidalbumin-Pepsingemengen die Peptonbildung nicht beeinflusste; ein Beweis dafür, dass im ersteren Falle Fäulnissvorgänge die Ursache des Auftretens von Pepton waren.

Diese Versuche ergeben mit unzweifelhafter Sicherheit, dass eine Peptonisation von Eiweiss bei Einwirkung von Pepsin stattfinden kann ohne die Gegenwart freier, überschüssiger Salzsäure, wofern nur eine Acidalbuminbildung stattgefunden hat.

Auf Grund meiner Versuche kann ich mich nur Hayem und Winter sowie Martius in der Behauptung anschliessen, dass die freie Salzsäure bei der Peptonisation des Eiweiss es absolut keine Bedeutung hat. Mit Recht sprechen diese Forscher dagegen dem, bisher fast garnicht beachteten Theil der Salzsäure im Magen, der an und durch Eiweiss gebundenen Säure, das alleinige Verdienst bei der Peptonisation zu. Ob Hayem und Winter aber trotzdem die freie Salzsäure einen bei der Verdauung «ganz unnützen Ueberschuss» nennen dürfen, scheint mir zum mindesten fraglich, denn wenn die freie Salzsäure auch nicht direct zur Verdauung des Eiweisses beiträgt, so thut sie dieses doch entschieden indirect, indem sie durch Abtödtung der in den Magen eingedrungenen Microorganismen abnorme, die Verdauung störende Gährungen verhindert etc.

Neuerdings hat sich ein Umschwung in der Beurtheilung der Function und der Leistungen des Magens vollzogen. Während man früher denselben, wie erwähnt, vorwiegend als verdauendes Organ ansah, mehren sich die Beobachtungen, die es mehr wie wahrscheinlich machen, dass die Hauptaufgabe des Magens nicht in eigentlicher Verdauungsarbeit besteht, sondern mehr in einer Vorbereitung der Nahrung zur Verdauung und Resorption, die im Darme vor sich geht. Zu dieser Vorbereitung gehört die Vernichtung der Bacterien, die Verflüssigung und Verarbeitung der Nahrung zum Chymusbrei etc.; weiter scheint seine Form darauf hinzuweisen, dass der Magen als Reservoir dient, um die eingeführte Nahrung zu beherbergen, und nur nach und nach an den Darm abzugeben, der dadurch vor einer schädlichen Ueberfüllung bewahrt wird.

Ein Hinweis darauf, dass die verdauende Wirkung des Magens sowohl an und für sich als auch im Vergleich zur desinficirenden von geringer Bedeutung ist, scheint in der von mehreren Forschern angegebenen Thatsache zu liegen, dass sich bei vielen neugeborenen Thieren nur Salzsäure, aber kein Pepsin im Magensafte findet, derselbe also zur eigentlichen Verdauung vollständig unvermögend ist. Geradezu als Beweis hierfür muss aber der Umstand gelten, dass selbst bei vollständiger Ausschaltung der Magenverdauung der Ernährungszustand, bei erhaltener Darmfunction, nicht zu leiden braucht. Diesen Beweis hat Czerny experimentell erbracht, indem er mehrfach bei Hunden die Resection des Magens mit vollem Erfolge ausgeführt hat, d. h. die Thiere überlebten diesen Eingriff oft um viele Jahre. Ludwig und Ogate schalteten die Magenverdauung in der Weise aus, dass sie bei Hunden den Pylorus durch einen Gummiballon gegen den Magen abschlossen, um den Eintritt von Magensaft in den Darm zu verhindern und die Nahrung den Thieren durch eine Duodenalfistel beibrachten. Auch in diesen Fällen erwies sich die Verdauung als eine gute und wurde die Nahrung fast vollkommen ausgenutzt.

Für den Menschen liegen so sprechende Beweise zwar nicht vor, doch hat man eine grosse Zahl von Beispielen bei denen trotz starker Beeinträchtigung und theilweiser Ausschaltung der Magenverdauung, wie sie verschiedene Magenkrankheiten mit sich bringen, nach Enterostomosen und Resectionen eines grossen Theiles des Magens etc., ein wesentlicher Unterschied gegenüber der Verdauung normaler Individuen, bei gut erhaltener Darmfunction, nicht zu bemerken ist.

Wohl beobachten wir aber das Gegentheil, dass nämlich der Ernährungszustand solcher Individuen in kurzer Zeit ungeheuer zurückgeht, deren Darmverdauung gestört oder bei denen der Uebertritt der Nahrung aus dem Magen in den Darm unmöglich geworden ist und die auf die Magenverdauung allein angewiesen sind.

Wenn man dieses zum Theil durch die geringe Resorptionsfähigkeit des Magens erklären kann und annehmen wollte, dass im Magen unter normalen Verhältnissen wohl grössere Mengen Eiweiss peptonisirt, aber erst vom Darm aus resorbirt werden, so können wir mit Bunge nach dem Nutzen einer solchen Einrichtung fragen: «Wozu wird nun den Labdrüsen diese ungeheure Arbeit aufgebürdet, aus dem alcalischen Blute die freie Mineralsäure abzuscheiden, wenn der Organismus mit weit einfacheren Mitteln, mit der Abscheidung eines alcalischen Secretes zum Ziele gelangt?!» ohne eine befriedigende Antwort zu finden.

Die Peptonbildung im Magen ist aber eine nicht zu leugnende Thatsache, wenn sie auch ohne Zweifel eine untergeordnete oder wenigstens nicht die wichtigste Aufgabe des Magens darstellt. Immerhin wird ein Theil des

Eiweisses schon im Magen in Pepton übergeführt, wobei die Salzsäure und das Pepsin die wirksamen Agentien sind.

In Berücksichtigung der neuesten Forschungen glaube ich in Bezug auf die Magenverdauung zu folgenden Schlüssen berechtigt zu sein:

Die Salzsäure ist die einzige normale Säure im Magen. Als Ort der Abspaltung der Salzsäure von Chloriden des Blutes sind die Belegzellen der Magendrüsen anzusehen, als dabei wirksames Agens die Kohlensäure. Die vom Eiweiss gebundene Salzsäure ist die verdauende, physiologisch wirksame.

Die freie Salzsäure ist bei der Verdauung werthlos, sie tritt erst auf, nachdem die Säure ihre verdauende Aufgabe erfüllt hat.

Die Bindung der Salzsäure durch Eiweiss, die Bildung eines Säurealbuminats, ist eine nothwendige Vorbedingung für die Möglichkeit der Einwirkung des Pepsins auf Eiweiss.

Die Peptonisation von Eiweiss ist eine untergeordnete Function des Magens.

Literatur.

Prout, on the nature of the acid and sal. matters usually existing in stomach of animals. Philosoph. Transact 1824. W. Beaumont, Neue Versuche und Beobachtungen über den Magensaft. Deutsch von Laden, 1834. Leipzig. Kussmaul, Ueber die Behandlung der Magenerweiterung durch eine neue Methode vermittelst der Magenpumpe. Deutsch. Arch. für klin. Medic. 1869. Bd. VI. Bidder und Schmidt, Die Verdauungssäfte und der Stoffwechsel. Mitau und Leipzig 1852. Landois, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Fünfte Auflage. Wien und Leipzig 1887. G. Bunge, Lehrbuch der physiologischen und pathologischen Chemie. Leipzig 1889. Hayem et Winter, De chimisme stomacal. Paris 1891. Hoppe-Seyler, Handbuch der physiologisch-chemischen Analyse. Berlin. 1881. Olaf Hammarsten, Lehrbuch der physiologischen Chemie. Wiesbaden 1891. Hoffmann, Centralblatt für klin. Medic., Bd. XI. pag. 521. Schäffer, Ueber den Werth der Farbstoffreactionen auf freie Salzsäure im Mageninhalte. Zeitschrift für klin. Medic. Bd. XV. Moritz, Die Verdeckung der Salzsäure des Magensaftes durch Eiweisskörper. Deutsch Archiv f. klin. Medic. Bd. 44. F. Martius und J. Lüttke, Die Magensäure des Menschen. Stuttgart 1892. Grübler, Ueber ein crystallinisches Eiweiss der Kürbissahmen. Journal f. pract. Chemie. Bd XXIII, 1881. F. Hofmeister, Ueber die Darstellung von crystallisirtem Eieralbumin und die Crystallisirbarkeit colloider Stoffe. Zeitschrift f. physiol. Chemie Bd. XIV, 1889. Czerny, Beiträge zur operativen Chirurgie. Stuttgart 1878. Ogate, Ueber die Verdauung nach Ausschaltung des Magens. Archiv f. Anat. und Physiolog, phys. Abth. 1883. W. Schiele, Ein Beitrag zur Bedeutung der Salzsäure bei der Verdauung des Eiweisses im Magen. Inaugural-Dissertation. Jurjew (Dorpat) 1893.

Geehrte Redaction!

Gestatten Sie mir, Ihnen kurz über eine interessante Beobachtung bei einem Leprakranken zu berichten, deren Bekanntwerden eventuell zu weiteren Versuchen bei der Behandlung der eben erwähnten Krankheit Veranlassung geben könnte.

Am 17. Januar 1894 wurde in's Wolmarsche Stadtkrankenhaus der Arrestant M. S., 32 Jahre alt, aufgenommen, der zweifellos an der Lepra tuberosa mit Nebensymptomen der Lepra nervorum litt. M. S. stammt aus Livland und zwar aus Bauenhof, einer Gegend, in der Leprafälle sonst nicht beobachtet sind. Seine Eltern und Geschwister leben und sind gesund.

Vor ca. 5 Jahren (nach Angabe des Pat.) erkrankte M. S. mit Blasen an den Streckseiten beider Unterschenkel. Diese Blasen platzten und secernirten längere Zeit eine klare Flüssigkeit. Vor ca. 4 Jahren traten im Gesicht auf der Stirn und am Kinn schmerzlose Knoten von der Grösse einer Erbse bis Schweinsbohne auf und zu gleicher Zeit begannen dem Pat. die Augenbrauen und Barthaare auszufallen. Im Verlaufe der Zeit entwickelte sich dann das Krankheitsbild, wie es Pat. bei der Aufnahme in's Krankenhaus darbot.

Status: M. S. ist unter Mittelgrösse, von schwächlichem Körperbau. Das Gesicht zeigt eine bläuliche Färbung; die Augenbrauen fehlen gänzlich, der vorhandene Kinnbart zeigt nur spärliche Haare. Die Stirn zeigt tiefe Runzeln und eine grössere Anzahl derber, schmerzloser Knoten von Bohnengrösse; die Wangen sind schlaff, am Kinn sind gleichfalls derbe Knoten. Auf beiden Armen sind 12 Narben, die von secernirt habenden Wunden herrühren sollen. Die Leistendrüsen sind stark vergrössert, schmerzlos. Die unteren Extremitäten incl. der Füsse sind von blauvioletter Farbe, die Haut derselben ist stark verdickt, rissig, wie mit Mehl bepudert. Die Sensibilität ist besonders an den unteren Extremitäten stark herabgesetzt und giebt Pat. an, er habe das Gefühl, als ob sie abgestorben seien. Die Stimme ist stark heiser; der psychische Zustand nicht deprimirt.

Im Grossen und Ganzen hielt dieser Zustand an bis zum 20. December 1894, nur traten dazwischen heftige catarrhalische Erscheinungen, besonders der Augen und der Athmungsorgane auf.

Am 20. December 1894 erkrankte Pat. an der Gesichtsrose mit den charakteristischen Symptomen derselben und setzte sich diese Erkrankung vom Gesichte auf den Hals und die Schultern fort. Als nach ca. 10 Tagen die Erscheinungen des Erysipels geschwunden waren, fielen dem Collegen Apping — unter dessen Leitung das Wolmarsche Stadt-Krankenhaus steht, und der mir freundlichst den täglichen Besuch des Krankenhauses gestattete — und mir die veränderten Gesichtszüge des Pat. auf, die einen gewissermassen intelligenteren Ausdruck hatten. Viele der früheren Knoten waren ganz geschwunden und die noch vorhandenen waren weniger derb. Auf Befragen gab Pat. an, er habe das Gefühl einer bedeutenden Besserung seines Allgemeinzustandes. So sei vor allen Dingen das pelzige Gefühl in den unteren Extremitäten fast völlig geschwunden. Der Befund an den Extremitäten bot insofern ein anderes Bild, als sich dieselben gegen Nadelstiche bedeutend empfindlicher erwiesen als vor der Erkrankung an der Rose. Der psychische Zustand des M. S. neigte zur Fröhlichkeit. Im Uebrigen war der Befund der frühere.

Wenn auch der resorbirende Einfluss, den das Erysipel bisweilen auf lupöse oder syphilitische Infiltrate ausgeübt hat, bekannt ist, glaubte ich doch eine derartige Beobachtung bei der Lepra der wissenschaftlichen Welt nicht vorenthalten zu dürfen.

Genehmigen Sie etc.

Wolmar, den 10. Februar 1895. Johannes Wihtol.

Referate.

Menicanti und Prausnitz: Das Verhalten verschiedener Brodarten im menschlichen Körper. (Zeitschrift f. Biologie. XXI. H. 3. Bl. f. klin. Hydr. 1894.)

Die Arbeit liefert u. a. folgende für die Diätetik wichtige Ergebnisse.

Bei Aufnahme von Brod, welches aus denselben Mehlen, das eine Mal mit Sauerteig, das andere Mal mit Hefe gebacken wurde, war die Menge des ausgeschiedenen Kothes im letzteren Falle eine kleinere. Weizenbrod verhielt sich in dieser Beziehung bedeutend besser als Roggenbrod. Die in der Arbeit mitgetheilten sogenannten Ausnützungsversuche sprechen dafür, dass der dabei ausgeschiedene Koth grösstentheils von den Darmsäften, nur zum kleinsten Theil von unresorbirten Nahrungsmitteln herstammt. Feines Weizenbrod regt den Darm am wenigsten zur Ausscheidung von Säften an, grobes Roggenbrod am meisten.

Buch.

G. S. Vinaj: Einfluss hydriatrischer Proceduren auf die Widerstandsfähigkeit der Muskel gegen die Ermüdung. (III. internat. Congress für Hydrother. und Klimatol. in Rom. Bl. f. klin. Hydrother. 1894. S. 173.)

V. macht folgende Schlussfolgerungen:

1) Die hydriatischen Proceduren üben einen bedeutenden Einfluss auf das Muskelsystem.

2. Die kalten Applicationen erhöhen die Muskelarbeit; Wärmeanwendung, die nicht mit einer mechanischen Wirkung verbunden ist, vermindert dieselbe. Die mit einer mechanischen Einwirkung verbundenen Wärmeapplicationen können ebenfalls eine merkliche Steigerung hervorrufen, welche jedoch stets geringer ist, als die mechanische Wirkung einer lauen Dusche

oder als die thermische Wirkung der Kälte oder der abwechselnden lauen und kalten Proceduren.

3. Die kalten, lauen und warmen Applicationen, fallssie mit einer gewissen Kraft gegeben werden, und die wechselnden warmen beseitigen prompt die Folgen der Ermüdung durch Einwirkung auf den ermüdeten Muskel.

4. Die Wirkung der kräftigen kalten oder lauen Proceduren oder der wechselwarmen auf die Steigerung der Resistenz des Muskels gegen Ermüdung ist nicht blos momentan, sondern dauert auch eine halbe, eine Stunde oder länger nach der Procedur.

Verf. hat den Ergograph Mosso's und spontane Muskelcontractionen bis zur völligen Ermüdung angewandt, um das suggestive Moment auszuschliessen. Der Dynamometer sei werthlos. Buch.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

583. Sitzung am 17. Januar 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär W. Beckmann.

(Fortsetzung).

In einem zweiten analogen Fall von Stellungsalbuminurie handelt es sich um ein 18 jähriges Mädchen. Dasselbe machte vor 10 Jahren Scharlach durch. Einige Zeit darnach konnte die Albuminurie constatirt werden. Auch in diesem Falle ist der Harn in der Nacht stets eiweissfrei, während der ausserhalb des Bettes ausgeschiedene Urin constant Eiweiss enthält. Cylinder sind in diesem Falle niemals gefunden worden. Die Eiweissausscheidung betrug im Februar 1885 1,5 ‰ im November 1885 — Spuren, 1889 — 0,2 ‰, 1892 — 0,2 ‰, 1893 — 0,2 ‰ December 1894 — 0,1 ‰

In jüngster Zeit beschäftigten sich 2 Autoren mit der Frage der Stellungsalbuminurie, cyclischen Albuminurie oder Pavy-schen Krankheit. Oswald (Zeitschr. f. klin. Med. 26) veröffentlicht 9 Fälle. Auch in diesen war die Eiweissausscheidung von der Stellung abhängig. Es handelte sich meist um junge Leute. Einzelne der mitgetheilten Fälle sind sehr analog den Fällen des Vortragenden, während andere doch die Charakteristica von protrahirten Nephritiden an sich tragen, da sich Abgang von Nierenepithelien und Cylindern öfters nachweisen liess. Einen dem M.'schen ganz analogen Fall hat Ott (D. A. f. kl. M. 53) mitgetheilt. Klemperer hat 1887 und 89 werthvolle Beiträge zur Pavy'schen Krankheit gebracht.

Herr Moritz hebt folgende allen Kranken gemeinsame Merkmale hervor: Die Krankheit betrifft, wie schon erwähnt, junge noch nicht ganz entwickelte Leute, die meist mager und hoch aufgeschossen, aber scheinbar gesund sind. Häufig lassen sich im Harn sehr reichliche Oxalatkrystalle nachweisen. Dieser Albuminurie gehen meist primäre Erkrankungen, besonders Scharlach und verdächtige Anginen voraus. Selbst in den harmlosesten Fällen kann ein Zusammenhang mit einer Nierenerkrankung nicht sicher in Abrede gestellt werden. Die grössten Eiweissverluste finden gleich nach dem Aufstehen statt. Tagesschwankungen sind gleichfalls zu beobachten, indem am Morgen eine stärkere Eiweissausscheidung stattfindet, dann folgt eine Verminderung der Ausscheidung, die nach dem Mittagessen oft wieder verstärkter Albuminurie Platz macht. (Klemperer.) Neben Serumalbumin ist von einigen Untersuchern (Noorden) Globulin in reichlicher Menge gefunden worden.

Ueber das weitere Schicksal der Pat. mit vertikaler Albuminurie (postural Albuminuria Stirling's) wird nicht viel berichtet. Johnson (Brit. Med. Journ.) berichtet über einen Fall, der nach 29-jähriger Dauer einen letalen Ausgang nahm in Folge von Nephritis. Ein anderer Fall ging nach 7-jähriger Dauer bei vorsichtigem Leben in Genesung aus. In einem 3. und 4. Fall kam es zur Entwickelung einer Schrumpfniere. Die Prognose dieser Krankheit ist also keineswegs eine sehr günstige. Die meisten Autoren fassen die verticale Albuminurie als Nierenkrankheit auf. Ueber die Behandlung ist aus der Literatur nichts zu erfahren. Eigene Beobachtungen führten gleichfalls zu einem negativen Resultat. Constante Bettruhe darf nicht verordnet werden, da darunter die Ernährung leidet. Auch reine Milchdiät hat keine Aussicht auf Erfolg. Man kann nur sagen, dass dieselben Schädlichkeiten vermieden werden müssen, auf die alle Nephritiker zu achten haben. Günstig erweist sich der Aufenthalt in der Wärme. Der Eiweissverlust ist im Sommer geringer als im Winter. Dieses konnte im mitgetheilten Falle beobachtet werden trotzdem der Sommer mehr Strapazen und Schädlichkeiten mit sich brachte.

Herr Hagentorn weist auf die Möglichkeit hin, dass schon vor den primären Erkrankungen — Scharlach, Angina etc. Albuminurie bestanden haben könnte. In solchem Falle wäre die Vorliebe des Pat. des Vortragenden für Milch so zu erklären, dass der Organismus bestrebt war durch die Milchaufnahme den Verlust an Eiweiss zu ersetzen. In den besprochenen Fällen handelt es sich wahrscheinlich um Gefässveränderungen, die vielleicht angeboren sein dürften.

Herr Moritz giebt an, dass sein Pat. bei gelegentlichen Proben in früheren Jahren nie Albumen im Urin ausgeschieden habe. Die Erklärung der Eiweissausscheidung durch Annahme von Gefässveränderungen ist von ihm schon gelegentlich des erstmaligen Krankheitsberichtes als sehr plausibel erklärt worden.

Herr Westphalen. Der Umstand, dass in den meisten Fällen, wie auch im berichteten Fall, Cylinder gefunden wurden spricht für eine abnorme Zartheit des secernirenden Nierenepithels. Diese Annahme wird ferner gestützt durch 2 Momente: erstens die Heilbarkeit des Krankheitsprocesses — einen solchen Fall hat W. selbst beobachtet — ferner durch die Beobachtung analoger passagerer Albuminausscheidungen nach verschiedenen Schädlichkeiten besonders bei jugendlichen Individuen. Das Nierenepithel letzterer scheint besonders reizbar zu sein. Erst beim Vorhandensein dieser abnormen Reizbarkeit des Nierenepithels macht sich die Stellung des Pat. in schädigender Weise geltend. Bei längerer Dauer der Einwirkung verschiedener Reize auf die Nierenepithelien tritt eine dauernde Störung derselben ein. An die Erkrankung der Nierenepithelien schliesst sich dann der interstitielle Process an.

Herr Moritz. Der Begriff der Stellungsalbuminurie deckt sich nicht vollständig mit dem der cyclischen Albuminurie. Senator schlug vor, statt von cyclischer, richtiger von transitorischer Albuminurie zu sprechen. Letztere tritt z. B. auf bei Kindern nach überstandenem Scharlach, sobald sie aufstehen, während im Liegen keine Albuminurie vorhanden ist. Albuminurien werden auch beobachtet nach bestimmten Speisen, schwerer Arbeit, anstrengenden Märschen (Leube). Goodhart fand, dass unter 272 Fällen von Albuminurie in 39 Fällen die Diagnose Nephritis mit Sicherheit nicht gestellt werden konnte. Diese cyclischen resp. transitorischen Albuminurien können aber nicht identificirt werden mit der Stellungsalbuminurie. Die Annahme eines besonders zarten und durchlässigen Nierenepitheis erklärt immer noch nicht, in welcher Weise die Körperstellung in den Fällen von verticaler Albuminurie die Eiweissausscheidung hervorruft.

Herr Masing: Auch in den Fällen von Albuminurie, welche nicht transitorisch sind macht sich die Stellung des Pat. auf die Quantität des ausgeschiedenen Eiweisses geltend. Selbst bei Nephritikern ist die Eiweissausscheidung sehr verschieden je nachdem, ob der Pat. liegt, oder herumgeht. Es scheint, dass die Bewegung besonders ungünstig auf die Eiweissausscheidung einwirkt.

Herr Assmuth beobachtete einen Fall von Stellungsalbuminurie. Der 25-jährige Pat. hatte in seinem 15. Lebensjahre einen Gelenkrheumatismus durchgemacht. Im Anschluss an letzteren bildete sich die Stellungsalbuminurie aus. Vor der Erkrankung an Rheumatismus war der Harn mehrfach untersucht worden, und die Abwesenheit von Eiweiss constatirt worden. Es kann sich also in diesem Falle nicht um angeborene Gefässveränderungen gehandelt haben. Die Stellungsalbuminurie ist wahrscheinlich häufiger als angenommen wird. Dafür spricht ein weiterer Fall den A. 10 Jahre lang beobachtete. Pat. litt seit seiner Adolescentenzeit an Albuminurie und zwar betrug die Eiweissausscheidung 1,5—2,5‰. Zufällig wurde gelegentlich der Harn des Pat. in der Nacht untersucht und eiweissfrei befunden. Es handelte sich also gleichfalls um Stellungsalbuminurie. Ausser Veränderungen in dem secernirenden Epithel muss man doch in solchen Fällen mechanische Störungen annehmen, trotzdem sich die Stellungsalbuminurien bis jetzt mit mechanischen Mitteln nicht haben bekämpfen lassen.

Herr Moritz führt an, dass er im Hospital bei Nephritikern auch mehrmals die fractionirte Untersuchung des Harns ausgeführt habe, ohne eine irgend regelmässige Differenz in der Eiweissausscheidung je nach der Körperstellung constatiren zu können.

584. Sitzung am 31. Januar 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär. W. Beckmann.

1. Herr Dombrowski spricht über die Hernia epigastrica. Nachdem schon seit einiger Zeit in England und Frankreich eine Reihe von Mittheilungen über die Hernien in der linea alba zwischen Processus xyphoideus und Nabel gemacht worden sind, ist auch in Deutschland von chirurgischer Seite dieser Affection mehr Beachtung geschenkt worden. Lücke operirte zuerst in Deutschland eine Hernia epigastrica. Nach ihm beschäftigten sich König, Witzel, Bergmann, Vulpius und Matthaei mit dieser Krankheit. Die inneren Kliniker beginnen erst in jüngster Zeit ihre Auf-

merksamkeit dieser Hernie zuzuwenden, in den meisten therapeutischen Lehr- und Handbüchern wird die Hernia epigastrica gar nicht erwähnt. Da sich die Pat. wegen Magenbeschwerden an den Arzt wenden, werden sie meist einer medicamentösen Behandlung in den inneren Abtheilungen unterworfen. In den chirurgischen Abtheilungen kommt die Hernia epigastrica seltener zur Beobachtung. In der Arbeit aus der Bergmannschen Klinik werden charakteristische Fälle angeführt, die nach jahrelanger medicamentöser Behandlung erst durch chirurgische Hülfe schnell geheilt wurden. In der chirurgischen Abtheilung des Peter-Paulhospital sind bis jetzt von Dr. Wanach 3 Pat. und im deutschen Alexanderhospital vom Vortragenden 1 Pat. operirt worden. Dr. Bunge fand unter 37 Pat. seiner Ambulanz 2 Pat. mit Hernia epigastrica. Am häufigsten klagen die Pat. über Schmerz, der ins Epigastrium, die Tiefe des Abdomen, die Brust oder die Seiten verlegt wird. Der Schmerz wird stärker nach dem Essen. Einige Pat. vertragen keine festen Speisen. Auch über ein eigenthümliches Zusammenziehen im Magen wird zuweilen geklagt. Ferner kommen vor: Uebelkeit, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Stuhlverstopfung, Flatulenz. Diese Beschwerden führen zur Arbeitsunfähigkeit resp. haben Neurasthenie zur Folge. Objectiv findet man bei der Untersuchung in der linea alba zwischen proc. ensiformis und Nabel eine kleine rundliche Geschwulst, die später pilzförmig oder lappig wird. Die Geschwulst ist bei Berührung schmerzhaft. Die Geschwülste, besonders kleinere, können reponirt werden und bestehen aus subserösem Fett, das aus der Bauchhöhle durch präformirte Lücken hervortritt, nach Lindner durch Gefässkanäle, nach Witzel durch rautenförmige Spalten, welche sich zuweilen zwischen den sich kreuzenden Fasern der Fascie des Musc. obliquus finden. Das durch die Spalte durchgedrängte Fett zieht einen Peritonealzipfel nach sich, so entsteht ein Bruchsack. Letzterer hat häufig keinen Inhalt, in anderen Fällen ist das Netz oder der Dünndarm adhärent. Gewöhnlich finden sich neben diesen Brüchen keine anderen Brüche. Die Therapie ist rein chirurgisch, da Pelotten den Spalt nur erweitern würden, und diese Brüche meist nicht reponibel sind. Bei der Operation führt man einen Längsschnitt über die Geschwulst, präparirt die Fettgeschwulst heraus, dringt bis zu ihrem Stiel vor und zieht das Peritoneum vor, um sich zu überzeugen, dass der Bruchsack keinen Inhalt hat. In diesem Fall kann man den Bauchfellzipfel einfach abbinden. Richtiger ist es wohl das Peritoneum zu eröffnen, um sich mit dem Finger davon überzeugen zu können, dass keine Adhäsionen vorhanden sind. Naht des Peritoneums isolirt. Die Fascie kann mit der Haut zusammen in Nähte gefasst werden, oder eine besondere Etage auf die Fascie gelegt werden. — Da seit der Einführung der operativen Behandlung dieser Hernien noch nicht viel Zeit verflossen ist, so kann man sich über die endgültigen Heilresultate noch nicht sicher aussprechen. Lepage fand 6 mal Recidive unter 15 operirten Fällen. Witzel fand nach 25 Operationen 5 mal Recidive. Von letzteren wurden in 2 zum zweiten Mal operirten Fällen Netzadhäsionen gefunden. Je früher man operirt, desto besser werden die Resultate sein. Recidive treten besonders in den Fällen ein, wo Netz mit dem Bruchsack verwachsen war.

(Fortsetzung folgt).

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 15. Mai 1895.

Дозв. ценз. Спб. 13 Мая 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). · **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü: ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, 20. Mai (1. Juni) **1895**

Inhalt: A. Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30°R. — F. Herrmann: Operative Entfernung einer Erbse aus dem Meatus auditorius externus. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden Mitte September c.** an späterhin noch zu fixirenden Tagen stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R.*)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Zweite Reihe.

Herzinsufficienzen bei defecten Klappen.

Fall VII.

Patientin, 37 Jahre alt, hatte vor 10 Jahren acuten Gelenkrheumatismus und litt seitdem an Herzklopfen und Athemnoth, welche bei Körperbewegungen zunahmen. Vor 3 Wochen war Oedem aufgetreten. — Bei der Aufnahme Oedem der unteren Körperhälfte, Cyanose, Dyspnoe, Husten, Stauungsrasseln in beiden Lungen, Stauungsharn, Dilatation der Herzdämpfung nach rechts. Es wurde Digitalis verordnet. — 3 Wochen später gelangte die Kranke in meine Beobachtung. Nur noch Spuren von Knöchelödem und Cyanose. Dyspnoe nur bei Körperbewegungen. Brustkorb fassförmig, trotzdem costaler Respirationstypus. Lungen emphysematös; Exspirium leicht verzögert. Spitzenstoss weder sicht- noch fühlbar. Herzdämpfung 1 Querf. über den rechten Sternalrand, links bis zur Mammilarlinie. An der Herzspitze hörte man im Liegen ein wenig ausgebreitetes, langgezogenes systolisches Geräusch neben dem ersten Ton. Der zweite Pulmonalton leicht accentuirt, der zweite Aortenton garnicht hörbar. Bei stehender Haltung war das Geräusch kaum hörbar, bei im Uebrigen unverändertem Befund. Arterien zart, elastisch. Puls regelmässig, sehr niedrig, leicht wegdrückbar. Allgemeine Anaemie.

Während der 16 wöchentlichen Beobachtung gutes Allgemeinbefinden. Die Herzdämpfung war schon nach wenigen Wochen kleiner geworden und reichte rechts nur bis zur Mitte des Sternum. Die Stauung war vollständig geschwunden.

Fälle, wie der in Rede stehende, mit ausgesprochenen anämischen Erscheinungen und Gegenwart eines systolischen Geräusches weichen Charakters an der Herzspitze, welches aber in stehender Haltung regelmässig nahezu vollständig schwindet, können nur dann als Mitralinsufficienzen angesprochen werden, wenn auch der Beweis vom Vorhandensein wichtiger in Folge der mangelhaften Ventilfunction entstandener Circulationsänderungen zu erbringen ist. Da steht obenan die sogenannte Arbeitsdyspnoë, das Alarmsignal, wie Sée treffend bemerkt. Sie beginnt in dem Moment, da ein Theil des Blutes mit jeder Systole vom linken Ventrikel durch die ungenügend schliessenden Atrioventricularklappen in den linken Vorhof und in die Lungenvenen zurückgeschleudert wird. Mit dieser Minderung der Schöpfkraft des linken Ventrikels gehen Hand in Hand Steigerung des Druckes in der Pulmonalarterie und der Arbeitsleistung des rechten Ventrikels — es entsteht so die Hypertrophie dieser Herzabtheilung. Es soll hier nochmals (cf. II) betont werden, dass es falsch ist zum Wesen der Compensation einer Mitralinsufficienz a priori auch die Entwickelung einer Dilatation des rechten Ventrikels als nothwendig zu erachten; diese entsteht erst dann, wenn die Treibkraft des rechen Herzens unzureichend geworden ist.

Die Dyspnoe des ersten Stadiums der Mitralinsufficienz resultirt allein aus der Lungenschwellung, die ein je nach dem Blutgehalt variabler Zustand ist. Nur insofern kann sie auch Arbeitsdyspnoe genannt werden, als ihr Stärkegrad durch Bewegungen der Skelettmuskeln vermehrt wird. Körperarbeit steigert den Blutdruck im Aortensystem — bei insufficientem Mitralventil aber vornehmlich im Gebiet der Pulmonalarterie. Die bei dieser

*) cf. diese Wochenschrift № [illegible] 1 und 16

Klappenfehler ohnehin bestehende Blutüberfüllung der Lungen ist daher bei jeglicher Arbeitsverrichtung des Trägers noch besonders intensiven Schwankungen unterworfen, die allemal durch entsprechende Arbeitssteigerungen des rechten Ventrikels sofort bewältigt werden müssen. Daher stammt das Herzklopfen. — Zur Lungenschwellung gesellt sich sehr bald Rigidität der Lungenalveolen und zwar als unveränderliches, die Exspiration erschwerendes Hinderniss. Aber auch die nunmehr drohende Verlangsamung der Lungencirculation wird unter gewöhnlichen Bedingungen vom rechten Ventrikel nur durch weitere Zunahme seiner Hypertrophie und Leistungshöhe verhindert. Die Dyspnoe dieses zweiten Stadiums der Mitralinsufficienz stammt also aus der Blutüberfüllung und Elasticitätsverminderung der Lungen. — Erst dann, wenn der rechte Ventrikel die Möglichkeit sich mit jeder Systole vollständig zu entleeren verliert, treten die cardiopulmonalen Symptome des dritten Stadiums der Mitralinsufficienz, Dilatation des rechten Herzens und Verlangsamung der Lungencirculation, hinzu. Die Dyspnoe setzt sich alsdann aus 3 Componenten zusammen, aus der Blutüberfüllung der Lungen, aus der Rigidität der Alveolen und aus der mangelhaften Oxydation. (Cyanose, Bronchialcatarrh, Lungenoedem etc)

Patientin wurde aufgenommen mit nach rechts dilatirtem Herzen, Dyspnoe, Cyanose. Digitalis und ihr verwandte Mittel stellen die Compensation im Verlauf einiger Wochen wieder her. Dabei nimmt die Herzdämpfung rechts bis zur Norm (2 V) fortschreitend ab, die Cyanose und die physicalischen Erscheinungen des Bronchialcatarrhs schwinden. Trotzdem bleibt die Athemnoth bei körperlichen Bewegungen, verbunden mit Herzklopfen — wenn auch in gegen früher geringerem Grade — bestehen. Dazu sind die Lungen erweitert und das Herz stark überlagernd, ist der Brustkorb fassförmig umgestaltet bei nicht verminderter Elasticität seiner knorpeligen Rippentheile, ist das Exspirium bei überall reinem Vesiculärathmen verlängert. Und das Alles bei einem noch relativ jungen Individuum mit zartwandigen Arterien, das niemals anhaltend schwere Körperarbeit zu verrichten hatte, das aber vor 10 Jahren eine Mitralinsufficienz acquirirt hat!

Der Blutdruck betrug im Mittel 107,9. Solch niedriger Stand ist für die Mitralinsufficienz charakteristisch.

Die Mittelzahlen des Pulses sind 72—88,4.

Die Charaktere der Mitralinsufficienz sind in den Pulscurven 83 und 84 sehr deutlich ausgesprochen. Trotz niedriger Belastung (20) kurz aufsteigende und sehr langsam absteigende Schenkel, kaum angedeutete Rückstosswellen, keine Elasticitätselevationen. Dabei nimmt Vc im Stehen regelmässig ab — die Circulation im grossen Kreislauf ist also von Seiten des Venenstroms nicht gestört.

Die Respirationsfrequenz war im Mittel 24,8 also im Durchschnitt schneller als normal — ein Resultat der verminderten Ventilationskraft der Lungen bei erhaltener Elasticität des Thoraxsceletts.

Der Blutdruck fiel im Bade im Mittel von 107,9 auf 72,7 also um 35,2; stieg dann im Laufe der beiden ersten nachfolgenden Viertelstunden auf 87,8 - 93,1 und erhob sich in der II 1/2 hor. auf 106,9 — also beinahe bis zur Norm.

Die Pulsfrequenz stieg im Bade von 72,0—88,4 (=80,2) im Mittel auf 82,4. Die Mittelwerthe aus den 3 Untersuchungszeiten nach Beendigung der Bäder sind 72,8—106,4; 72—97,7; 67,2—89,8.

Sehr auffallend und bedeutungsvoll waren die durch das warme Bad bewirkten Aenderungen am Sphygmogramm.

Vc (Curve 85) hat im Vergleich zur Pulsionshöhe im Liegen vor dem Bade nicht zugenommen, dagegen ist die systolische Entleerung des linken Ventrikels trotz Abnahme der ohnehin sehr geringen Arterienspannung offenbar bedeutend verlangsamt (schräger Aufstieg, abgerundeter Curvengipfel.) Am absteigenden Curvenschenkel ist selbst eine Andeutung der Rückstosselevation nicht vorhanden, und dabei ist der von der Ab- und von der Aufstiegslinie gebildete Winkel spitzer geworden — die Diastole des linken Ventrikels ist also verkürzt. Es liegt nahe, diese Thatsachen auf eine durch das Bad hervorgerufene Vermehrung des Blutdruckes im Lungengebiet zu beziehen. — 20′ nach Beendigung des Bades ist Bd von 74 auf 93 gestiegen, und der Puls von 80 auf 72 im Liegen gefallen; Asp ist zur gleichen Stufe wie vor dem Bade zurückgekehrt, und Vc (Curve 86) hat ihren früheren Charakter und Stärkegrad wiedererhalten. Im Stehen ist der Puls auf 96 gestiegen und Vc (Curve 87) ist höher als vor dem Bade. (Beide Curven sind bei verlangsamtem Gang des Uhrwerks gezeichnet) — 40′ nach dem Bade ist Bd im Liegen auf 98 gestiegen, und der Puls auf 68 gefallen; Vc (Curve 88) hat noch ein wenig zugenommen. Im Stehen ist der Puls auf 80 herabgegangen, die Curve 89 weist aber keine weiteren Veränderungen gegen vordem auf.

Die Respirationsfrequenz stieg im Bade im Mittel auf 30, nahm also um 5,2 zu. Auch das spricht für eine stattgehabte Zunahme der Blutfülle in den Lungen. In den drei nach Beendigung der Bäder folgenden Untersuchungszeiten verhielt sich die Resp.fr. im Mittel wie 24,8 : 26,7 : 25,5.

Folgerungen.

1) Als klinische Charaktere der Mitralinsufficienz stehen ihrer Bedeutung nach die im kleinen Kreislauf bewirkten Störungen obenan. Zum Bilde der compensirten Mitralinsufficienz gehören Hypertrophie des rechten Ventrikels und Schwellung, sehr bald auch Rigidität der Lungen. Die Störung der Compensation äussert sich durch Hinzutritt von Dilatation des rechten Ventrikels und Stauung im kleinen Kreislauf.

2) Der im Gefolge der Mitralinsufficienz eintretende Elasticitätsverlust der Lungenalveolen vermag, wie vorliegender Fall lehrt, auch bei noch jungen Individuen mit unverminderter Beweglichkeit des Thoraxsceletts einen emphysematösen Habitus mit Erschwerung des Exspiriums herbeizuführen.

3) Weil die üblichen und hier angewandten Untersuchungsmethoden nur über die Circulationsverhältnisse des grossen Kreislaufes directen Aufschluss zu geben im Stande sind, kann über die durch die warmen Bäder bewirkten, in diesem Falle ungleich wichtigeren, Aenderungen im kleinen Kreislauf nichts Sicheres formulirt werden. Die Zunahme der Athmungsfrequenz und die Verlängerung der Systole bei Verkürzung der Diastole des linken Ventrikels sprechen im vorliegenden Falle für eine während der Bäder eingetretene Steigerung des Druckes in der Pulmonalarterie, obgleich a priori die Annahme einer ihm entgegengesetzten Wirkung grösseren Anspruch auf Wahrscheinlichkeit besitzt.

Fall VIII.

29-jährige Nähterin. Seit 15 Jahren nach acutem Gelenkrheumatismus Herzklopfen und Athemnoth bei Körperbewegungen. Vor 2 Monaten unter Auftreten von Oedem Verschlimmerung. — Bei der ersten Aufnahme starkes Oedem der unteren Körperhälfte, mässiger Ascites, beiderseits Hydrothorax, Stauungsrasseln in beiden Lungen, Cyanose, Dyspnoe. Milz und Leber durch Stauung stark vergrössert. Stauungsharn. Brustkorb fassförmig. Lungen emphysematös. Exspirium verzögert. Herzshoc im 4. und 5., Spitzenstoss im 6. IR. verstärkt und verbreitert. An der Herzspitze diastolisches Frémissement. Herzdämpfung 2 Querf. über den rechten Sternalrand und 2 1/2 Querf. über die linke Mammillarlinie. In beiden Körperhaltungen an der Herzspitze ein langgezogenes systolisches Geräusch mit Ausbreitung nach rechts. Erster Ton nicht hörbar. An Stelle des zweiten Tones ein kurzes diastolisches Geräusch. Der zweite Aorten- und der zweite Pulmonalton rein, ersterer schwach, letzterer accentuirt. Arterien zart, elastisch. Puls kaum fühlbar. Arhythmie.



83



84



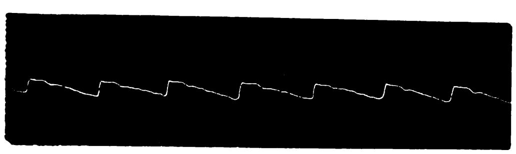
85



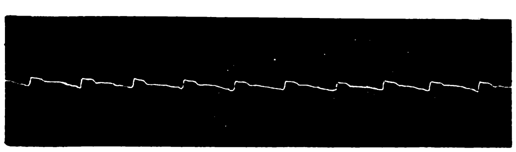
86



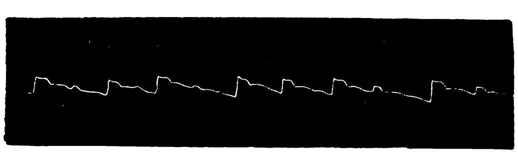
87



88



89



90



91



92



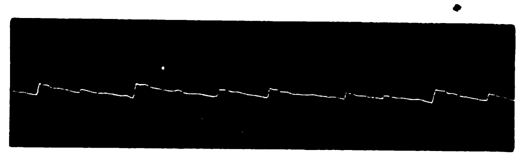
93



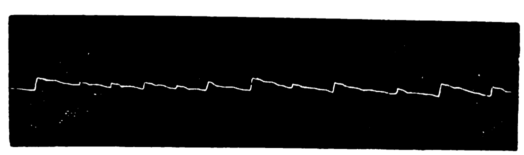
94



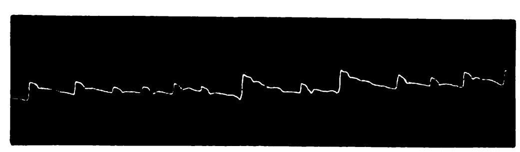
95



96



97



98

5-wöchentliche Behandlung. Schon nach einigen Gaben Digitalis unter Verstärkung des Pulses und sehr vermehrter Diurese Schwinden der Oedeme, der Cyanose und Dyspnoe. Dagegen kein Schwinden der Arhythmie. Die Herzdämpfung nahm nach rechts hin ab und reichte nur $1^1/_2$ Querf. über den rechten Sternalrand. Der Auscultationsbefund blieb unverändert. Das Frémissement war viel schwächer geworden. Verkleinerung der Milz und Leber.

Nach 3 Monaten erneute Aufnahme. Stauungssymptome wieder in alter Stärke vorhanden. Diastolisches Frémissement undeutlich. Herzdämpfung wieder 2 Querf. über den rechten Sternalrand und sogar 3 Querf. über die linke Mammillarlinie. In beiden Körperhaltungen über dem rechten Herzen reine Töne. Dagegen konnten die Geräusche an der Herzspitze anfangs nicht entwirrt werden. Puls wieder kaum fühlbar, arhythmisch.

4-wöchentliche Beobachtung. Schon nach einigen Tagen durch Digitalis Hebung des Pulses, rapide Vermehrung der Diurese und Abnahme der Stauung. Das diastolische wurde nur noch 2 Mal gehört. Sonst gleicher Befund wie früher. Die Herzdämpfung nahm rechts um die Breite eines halben Querf. ab. Die Arhytmie blieb unverändert.

Wenn F. A. Hoffmann gesagt hat, dass die Diagnose eines Klappenfehlers im Allgemeinen eine leichte Sache sei, so bedarf dieser Satz, soweit er die Erkennung der Mitralstenose mitbetrifft, gewisser Einschränkungen. So schwer es sein kann, eine Mitralstenose als reine zu diagnosticiren, so schwierig ist es unter Umständen zu erkennen, ob eine vorhandene Mitralinsufficienz mit Stenosirung des linken ostium atrio-ventriculare complicirt ist. Die auscultatorischen Erscheinungen sind meist undeutlich und so variabel, dass es mitunter nicht möglich ist, in der folgenden Stunde das zu demonstriren, was man in der vorhergegangenen mit Sicherheit gehört zu haben glaubt. Beständigere, aber durchaus nicht immer anzutreffende, der Mitralstenose eigenthümliche Symptome sind das diastolische Frémissement an der Herzspitze und die aus Unregelmässigkeiten der Ventrikelfüllung erklärte Arhythmie. Die Unsicherheit wird noch dadurch erhöht, dass die functionellen Störungen der Mitralstenose und die Mittel zu deren Ausgleichung sich in keinem Punkte von den Folgeerscheinungen der Mitralinsufficienz unterscheiden. Die Cardinalwirkungen Beider sind Blutüberfüllung des Lungensystems und Ueberlastung des rechten Ventrikels. Auch die Mitralstenose bedingt nur Hypertrophie des rechten Ventrikels, Dilatation tritt erst dann ein, wenn seine Kraft versagt, und der Druck in der Pulmonalarterie nicht mehr auf der erforderlichen Höhe erhalten zu werden vermag; ist eine Combination einer Mitralinsufficienz und -stenose vorhanden, so kann aus der Addition ihrer gleichsinnigen Wirkungen eine besonders starke Ueberlastung des rechten Ventrikels entstehen, und die Gefahr seines Insufficientwerden ist dann eine um so viel höhere. Dementgegen schliesst v. Basch aus seinen Modellversuchen, dass die Folgen einer Mitralinsufficienz durch das Hinzutreten einer Stenose des linken venösen Ostium bis zu gewissem Grade ausgeglichen werden können. Sicher ist, dass die Dilatation des rechten Ventrikels wenn sie einmal eingetreten, hohe Grade erreicht und selten rückgängig wird; das Herz erlangt dann dauernd eine colossale Breitenausdehnung, und die einmal erfolgte Compensationsstörung ist vollständig zu beseitigen kaum möglich. — Demnach wird sich die Diagnose einer mit Stenose des linken venösen Ostium complicirten Mitralinsufficienz auf das Hinzutreten folgender cardiopulmonalen Symptome zu stützen haben: 1) sehr unbeständiges präsystolisches resp. diastolisches Geräusch an der Herzspitze (zuweilen auch Spaltung des zweiten Herztones), 2) Frémissement catère an der Herzspitze, dessen diastolischer Charakter oft schwer nachweisbar ist, 3) Arhythmie, 4) relativ früh auftretende und starke Dilatation des rechten Herzens, deren Beseitigung meist nur in unvollständigem Grade möglich ist.

Der in Rede stehende Fall war also eine Combination einer Mitralinsufficienz und Mitralstenose. — In der citirten Notiz sagt Hoffmann, dass «in allen seinen Fällen von hochgradiger Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels mit Verschiebung der Spitze nach links sich die Herzdämpfung nicht nach oben, sondern nur in Quere und einige Male nach unten (Spitzenstoss im 6 JR.) vergrössert fand. — Es begegnen uns Fälle, wo hochgradige Cyanose, Leberschwellung, Ascites und Anasarca vorhanden sind, aber eine verhältnissmässig kurze Behandlung lässt diesen Zustand verschwinden, und die Kranken fühlen sich auf Monate fast geheilt; andere ganz ebenso aussehende Kranke dagegen werden fast vergeblich behandelt und gehen schnell ihrem Ende entgegen». Das Herumexperimentiren an solchen hoffnungslosen Kranken mit Digitalis glaubt Hoffmann «in etwas durch die Bemerkung beschränken zu dürfen, dass in demjenigen Stadium, in welchem das rechte Herz nach links über die Mammillarlinie vergrössert ist, die Digitalis nicht mehr den verhängnissvollen Ablauf der Krankheit zu hemmen im Stande ist. Es ist hinreichend bekannt, dass die Hypertrophie des Conus es wesentlich ist, durch welche in den frühen Stadien die Compensation erreicht wird, erst spät wird auch die Spitze des rechten Herzens in Mitleidenschaft gezogen, wird sie aber erheblich nach links verschoben, so hat man es mit der höchsten Schwäche und Dilatation zu thun». Dieser praktische Wink ist nicht nur prognostisch sondern auch diagnostisch werthvoll. Er lehrt uns die Verhältnisse dieses Falles nach beiden Richtungen hin richtig beurtheilen. Angesichts der stets prompt erfolgten Digitaliswirkung kann angenommen werden, dass die Dilatation des Herzens nach links zum Haupttheil auf den linken Ventrikel zu beziehen war, dass mithin die Dilatation des rechten Ventrikels, trotzdem dass schon vor 2 Jahren die ersten Insufficienzerscheinungen seitens dieser Herzabtheilung begonnen hatten, noch nicht weit vorgeschritten war, — die Stenose also nur untergeordneten Grades sein konnte.

Der Blutdruck im Aortensystem betrug im Mittel 124,5. Diese Zahl ist höher als der im Falle VIII beobachtete Durchschnittsdruck, ein Umstand der sich wol durch die Gegenwart der Mitralstenose erklärt. Eine Abhängigkeit der Blutdruckschwankungen vom Stande der Compensation lässt sich nicht nachweisen. Sicher ist, dass mit dem jedesmal durch Digitalis bewirkten Kraftaufschwung des rechten Ventrikels eine Steigerung des Pulmonalarteriendruckes und Beschleunigung der Blutcirculation (Schwinden der Cyanose) eintrat. Dabei stiegen auch jedesmal rapid die Harnausscheidungen, deren Tageszahlen somit indirect Masse für die Leistungscurve des rechten Herzens abgaben. Denn die durch die Digitalistherapie nebenbei erfolgte Kräftigung des linken Ventrikels spielt in diesen Fällen, wie ich auch hier (cf. I) gegen Openchoffsky (l. c.) betonen muss, eine nur untergeordnete Rolle, und ist zur Ausgleichung allein nicht ausreichend.

Die Arhythmie war charakteristisch. Vc war um so höher, je niedriger die vorhergegangene unvollständige Pulswelle war, je mehr die Arterienspannung Zeit gefunden hatte abzusinken. Aus diesem Grunde ist das Curvenbild trotz Mitralinsufficienz + Stenose mit Pulswellen versehen, die höher sind, als man a priori hätte erwarten können. Vergleicht man die während verschiedener Beobachtungszeiten aufgenommenen Pulscurven mit einander, so findet sich, dass die Sphygmogramme vom 20. März (als die Compensation nach der ersten Aufnahme schon wiederhergestellt worden war) trotz höherer Belastung (30) energischere Ventrikelcontractionen aufweisen als die während der zweiten Beobachtungsdauer am 18. Juli (zur Zeit der Compensationsstörung) unter geringerer Belastung (20) gezeichneten. Wenn sich hieraus ergiebt, dass am Leistungsaufschwunge bei Besserung der Compensation auch der linke Ventrikel betheiligt war, so ist andrerseits aus dem Umstande, dass auch am 20. März (Curve 91) Vc im Stehen nicht abgenommen hatte zu ersehen, dass die dominirende Rückwirkung der Widerstände im Venenstrom des grossen Kreislaufes überhaupt nicht

mehr zu beseitigen war. Denn eine Reparation des rechten Herzens war eben dann in vollkommener Weise schon nicht mehr möglich. (cf. Curven 90, 91, 92 und 93).

Die mittlere Respirationsfrequenz beträgt 27,9. Dass auch nach Besserung der Compensation die Resp.fr. im Mittel übernormal war, erklärt sich zur Genüge aus der Schwellung und Rigidität der Lungen, die auch in diesem Fall zu emphysematösem Brusthabitus bei unverminderter Beweglichkeit des Thoraxsceletts geführt hatten.

Der Blutdruck sank im Bade im Mittel aus allen Messungen von 124,5 auf 92,9 — also um 31,6. Er hob sich in den 3 Untersuchungszeiten nach dem Bade im Mittel auf 122,8—125,1—128, übertraf also am Ende der Ihor. den mittleren Anfangsdruck um 3,5.

Im Gegensatz zu den im vorigen Falle im Bade beobachteten Aenderungen der Actionsphasen des linken Ventrikels ist hier der Typus von Vc im Bade unverändert geblieben. Vc hat im Durchschnitt an Höhe zugenommen (Curve 94), so dass einzelne Pulswellen von geradezu imponirender Stärke sind. Bd ist von 123 auf 91 im Bade gefallen, die ohnehin schwache Arterienspannung ist noch mehr gesunken. 10′ nach dem Bade ist Bd auf 117 gestiegen. Vc ist zur gleichen Höhe wie vor dem Bade zurückgekehrt, Asp hat zugenommen (Curve 95). Im Stehen ist Vc im Durchschnitt nicht niedriger als im Liegen, wennglеich Asp. schwächer zu sein scheint (Curve 96). 30′ nach dem Bade ist Bd 125. Vc (Curve 97) ist im Liegen nicht höher geworden, der Puls scheint aber frequenter nnd arhythmischer geworden zu sein; im Stehen (Curve 98) ist Vc bei niedriger Arterienspannung entschieden höher als im Liegen. Die Widerstandsverhältnisse im Venenstrom des grossen Kreislaufs sind also nach dem Bade noch ungünstiger geworden.

Die Respirationsfrequenz stieg im Mittel aus allen Messungen im Bade von 27,9 auf 29,6 und verhielt sich nach Beendigung des Bades wie 29,7 : 29,4 : 26,8.

Folgerungen.

1) Bei gleichzeitigem Bestehen von Mitralinsufficienz und -stenose kommt es relativ früh auch zu einer Dilatation des rechten Ventrikels, die selbst beim Nachlassen der Compensationsstörung nur zum Theil zu schwinden pflegt. Der in späteren Stadien erreichbare Behandlungseffect dieser combinirten Klappenfehler ist daher meist unvollkommen und unbeständig. Die Herzdämpfung erreicht in solchen Fällen die höchsten Grade pathologischer Ausdehnung in die Breite.

2) Noch weniger wie im vorhergegangenen lässt sich in diesem Falle über die Hauptwirkung der angewandten Bäder etwas Sicheres aussagen. Der Umstand, dass die ohnehin vermehrten Widerstände im Venenstrom des grossen Kreislaufs durch jedes Bad noch gesteigert wurden, war von um so geringerer Bedeutung, als dadurch nur Mehrbelastung des linken, noch hinreichend arbeitstüchtigen Ventrikels erfolgte. Für die Annahme, dass die Bäder auf die Circulation im kleinen Kreislauf und auf die Arbeit des rechten Ventrikels auch ungünstig einwirkten, würde die zu allen Zeiten beobachtete Steigerung der Respirationsfrequenz schwerer in's Gewicht fallen.

Operative Entfernung einer Erbse aus dem Meatus auditorius externus.

Von

Dr. F. Herrmann.
Kirchspielsarzt in Karolen bei Walk.

Am 13. Febr. a. c. wurde zu mir die 14-jährige M. T. aus Helmet bei Fellin gebracht, welcher eine Schulgefährtin scherzweise zwei Erbsen in den linken äusseren Gehörgang gesteckt hatte. Die Entfernung der äusseren dieser beiden Erbsen war bereits zu Hause gelungen, während die andere Erbse durch die Entfernungsversuche nicht nur nicht entfernt, sondern durch dieselben nur immer tiefer in den Gehörgang gedrängt wurde.

Bei der Untersuchung konnte ich die Erbse ohne Ohrenspiegel gar nicht sehen, erst nach Zuhilfenahme des letzteren gelang es mir, dieselbe zu erblicken. Sie sass ganz tief im Meatus auditorius externus, dicht an das Trommelfell gepresst. Ueber Schmerzen klagte Patientin nicht, wohl aber über Ohrensausen. Alle Versuche zur Entfernung der Erbse, wie Einspritzungen mit warmem Wasser, Anwendung von stumpfen Häkchen, Ohrlöffel etc. etc. blieben erfolglos. Ich entliess die Patientin mit der Verordnung, zu Hause recht fleissig zu spritzen und am nächsten Tage wiederzukommen, falls die Erbse noch nicht entfernt wäre. Tags darauf kam die Patientin wieder. Die Erbse war noch im Gehörgang, ja sie schien noch tiefer gerückt zu sein und Pat. klagte schon über einen kleinen Schmerz im Ohr.

Da mir ein solcher Fall zum ersten Mal in meiner zweijährigen ärztlichen Praxis begegnete, war ich nun gezwungen, die mir zur Verfügung stehenden Lehrbücher um Rath anzugehen.

Da fand ich nun aber herzlich wenig. Was da angegeben war, hatte ich schon versucht. In dem Werk über specielle Chirurgie von H. Fischer war angegeben, dass man im Falle des Misslingens der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Meatus auditorius externus nach Schwartze einen Bogenschnitt hinter der Ohrmuschel machen, in die Tiefe dringen, dann den Gehörgang anschneiden und so den Fremdkörper entfernen müsse. Ich beschloss nach dieser Methode vorzugehen.

Unter freundlicher Assistenz einiger Herren aus der Nachbarschaft, die mir schon wiederholt assistirt haben, wurde zur Operation geschritten. — Nach den obligatorischen Vorbereitungen wurde Pat. chloroformirt. Nun führte ich einen ca. 2½ Cm. langen Hautschnitt hinter der Ohrmuschel dicht an ihrer Insertion, spaltete den Ohrknorpel und drang nun zwischen Knochen und Gehörgang ca. 2 Cm. in die Tiefe. Als ich ungefähr an der Verbindungsstelle des knorpligen und knöchernen Gehörganges angelangt war, spaltete ich den ersteren. Dieses that ich, indem ich in den Gehörgang eine Hohlsonde bis zur Erbse einführte und auf dieser Sonde den Gehörgang von der Operationswunde aus anschnitt. Nun hatte ich die Erbse vor mir. Vorsichtig bohrte ich einen kleinen scharfen Haken in dieselbe hinein und hob sie heraus. Mit einer Zange konnte ich sie nicht fassen, weil der Raum zu eng war. Das nun freiliegende Trommelfell war intact, nur war eine Wölbung nach innen durch das starke Anpressen der Erbse bemerkbar. Den Schnitt am Gehörgang vernähte ich nicht, nur am Hautschnitt legte ich 5 Nähte an. Den Gehörgang desinficirte ich gründlich und stopfte ihn mit Jodoformgaze voll. Dann legte ich einen antiseptischen Verband an. — Die Heilung der äusseren Wunde erfolgte per primam intentionem. Fieber zeigte sich kein einziges Mal. Nur aus dem Gehörgang entleerte sich ein wenig schleimigen Eiters, welcher wahrscheinlich aus der Schnittwunde des Gehörganges stammte. Doch gelang es durch fleissiges Spülen des Meatus auditorius externus mit 4 pCt. Borsäurelösung des eitrigen Secrets bald Herr zu werden. 17 Tage nach der Operation konnte ich Pat. als genesen aus meiner Behandlung entlassen. Das Gehör hat absolut nicht gelitten; die Ohrmuschel hat vollkommen ihre frühere Gestalt und Lage beibehalten und die Narbe der äusseren Schnittwunde ist durch ihre günstige Lage dem beobachtenden Auge nicht sichtbar, so dass also auch dem Schönheitssinn Genüge geleistet ist.

Ich habe diesen Fall veröffentlicht, weil der Arzt im Ganzen selten in die Lage kommt, eine solche Operation ausführen zu müssen und daher das Vorkommniss eines solchen Falles schon allein das ärztliche Interesse auf sich zu richten werth ist.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

584. Sitzung am 31. Januar 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär. W. Beckmann.

(Fortsetzung).

2. Herr Wanach: 3 operirte Fälle von Hernia epigastrica. Die Hernia epigastrica ist häufiger als bis jetzt angenommen wird. In den letzten 5 Jahren kamen im Peter-Paulhospital 4 Patienten mit diesen Hernien zur Beobachtung; von diesen waren 2 Patienten ohne Beschwerden, während die beiden anderen auf die vorgeschlagene Operation nicht eingingen. In letzter Zeit kommen zu diesen 4 Pat. noch 3 operirte Kranke dazu. In der Ambulanz einer Fabrik mit 500 Arbeitern hat W. ausserdem noch 2 Pat. gesehen, die aber keine Beschwerden hatten. Aetiologisch müssen präformirte Lücken in der Linea alba angenommen werden, dafür spricht der Umstand, dass die Hernia epigastrica auch bei Kindern, Damen und nicht schwer arbeitenden Personen vorkommt. Ferner muss hier erwähnt werden, dass bei solchen Pat. auch andere Brüche vorkommen — unter W.'s Fällen hatten 2 Pat.

Leistenhernien, — dieses spricht jedenfalls für eine angeborene Disposition. Nach Bergmann treten die Herniae epigastricae durch Inscriptiones tendineae hervor, nach König in der Mitte der Linea alba. In den 3 operirten Fällen fand W. einmal die Durchtrittsstelle der Hernie zwischen den Muskelfasern des Rectus, 2 mal wohl in der Linea alba aber etwas seitlich von der Mittellinie. König glaubt, dass die Brüche, die kein adhärentes Netz im Bruchsack haben nur localen Schmerz verursachen, dagegen war in den 3 im Peter-Paul-Hospital operirten Fällen kein mal das Netz adhärent, trotzdem klagten die Pat. über Schmerzen im ganzen Epigastrium und in den Seiten. Die Eröffnung des Bruchsackes ist immer vorzunehmen, um keine Adhäsionen zu übersehen.

I. Fall. 40-jähriger robuster Arbeiter, der früher stets die schwersten Arbeiten verrichtete' (Heben von Eisenblöcken etc.) 1893 trat zuerst Schmerz im Epigastrium regelmässig nach dem Essen und bei der Arbeit auf. Der Schmerz steigerte sich allmählich so, dass Pat. auch die leichtesten Arbeiten nicht mehr verrichten konnte. Erbsengrosse, druckempfindliche Hernie $^1/_2$ Querfinger nach rechts von der Mittellinie zwischen Nabel und Proc. xyphoideus. Operation am 5. Februar 1894. Kleines subseröses Lipom durch die Rectusfasern durchgetreten, rechts von dem Rande der Rectusscheide; glatte Heilung. Pat. hat seine frühere Leistungsfähigkeit wiedererlangt.

II. Fall. Fabriksarbeiter lag 1 Monat im Hospital in Petrosawodsk. Medicamentöse Behandlung erfolglos. Zunehmende Schmerzen bei der Arbeit, Uebelkeit beim Heben von Lasten. Erbsgrosser Tumor 1 Ctm. links von der Mittellinie in der linea alba. 13. October 1894 Operation, der Rectus kam nicht zu Gesicht. 3. November genesen entlassen. Arbeitsfähig.

III. Fall. 26-jähriger Fabriksarbeiter. Haselnussgrosse Geschwulst. Dieselbe machte lange Zeit keine Beschwerden. Dec. 1894 Klagen über Verdauungsstörungen, Schmerzen beim Essen, Uebelkeit, die sich bei der Arbeit steigern. Oper. am 13. Jan. 1895. am 29. Jan. genesen entlassen.

Herr Hagentorn: Die Hernia epigastrica kommt entschieden häufig vor. In der Ambulanz einer Fabrik mit 4000 Arbeitern kommen täglich 1—2 Fälle zur Beobachtung. Man kann annehmen, dass jeder 15. Mann eine oder mehrere epigastrische Hernien hat. Die beobachteten Fälle waren stets in der linea alba localisirt. Kein mal trat die Bruchgeschwulst durch den Rectus oder eine Inscriptio tendinea hindurch. Nicht selten wurden an derselben Person 2—3 Geschwülste gefunden. Zuerst treten ganz kleine Fettpartikelchen durch präformirte Lücken der Aponeurose durch, allmählich bildet sich eine Fettgeschwulst infolge des häufigen Vorpressens und Zurücktretens des kleinen Fettpartikelchens. Die Geschwulst entsteht analog den Fettzotten in den Gelenken, wobei Stauungen und Wechsel des Blutdruckes in den Gefässen die Fettablagerung begünstigen. Die Lipome sind entweder solide Klümpchen Fett, oder bestehen aus einem Conglomerat einzelner Fettklümpchen welche durch zahlreiche Oeffnungen der Fascie wie durch ein Sieb durchtreten. Letztere Geschwülste sind meist platt und lassen sich leicht reponiren. Die Lipome treten meist in der Linea alba hervor, wenn auch nicht immer in der Mittellinie; sie haben ein sehr langsames Wachsthum und bleiben lange stationär. Die meisten Patienten haben gar keine Beschwerden, manche zeitweilig bei schwerer Arbeit. Unter einer sehr grossen Zahl, mehreren Hunderten von Fällen mit Hernia epigastrica konnte H. eigentlich nur in einem einzigen Falle die Indication zu einem operativen Eingriff stellen. Der Pat. war 70 Jahre alt und besass die Hernie schon 30 Jahre, ohne dass sie ihm Beschwerden gemacht hätte. Die Hernia war kleinapfelgross. Erst seit 2 Jahren traten starke Schmerzen auf besonders beim Essen und Gehen. Die Palpation ergab Adhäsionen mit Baucheingeweiden. Der Pat. entschloss sich aber nicht zur Operation.

Herr Westphalen erwähnt die Angabe Litten's, derzufolge man bei Gegenwart von Darm in solchen Hernien eine Art von Hydatidenschwirren fühlen soll und macht weiter darauf aufmerksam, dass solche Hernien mit subcutanen Lipomen verwechselt werden können. In einem Falle eigener Beobachtung, bei dem auch Splanchnoptose vorhanden war, wurde eine H. epigastr. diagnosticirt und wegen der Beschwerden zur Operation gerathen. Die Regelung der Verdauung und ein vegetabilisches Regime brachte in diesem Falle alle Beschwerden zum Schwinden.

Herr Dombrowski schliesst sich der Ansicht Hagentorn's, dass diese Krankheit recht häufig ist, an. Ein College konnte bei der Untersuchung von 350 gesunden Matrosen 10 Fälle von H. epigastr. ausfindig machen. Keiner dieser Matrosen klagte über Schmerzen, nur einige verspürten bei Druck auf den Tumor geringen Schmerz. Operirt werden sollen nur die Fälle, wo Beschwerden vorhanden sind. Letztere können aber recht schlimm sein. Als ätiologisches Moment wird für die Hernia epigastr. ferner noch das Trauma angeführt (Bergmann, Witzel). Solche Hernien können entstehen bei Krankheiten, die mit langdauerndem Erbrechen einhergehen, und wo es zur Abmagerung der Pat. kommt.

Herr Hirsch spricht sich gleichfalls dahin aus, dass nur dann zu operiren ist, wenn die Beschwerden gross sind oder Arbeitsunfähigkeit eintritt. In einem Fall eigener Beobachtung bestanden 2 haselnussgrosse Hernien, die trotz bestehender Beschwerden eine Operation nicht berechtigt erscheinen liessen, da der Pat. seine verhältnissmässig leichte Arbeit verrichten konnte. H. empfiehlt einen Collodiumverband, analog dem Verbande bei Nabelbrüchen Neugeborener, derselbe hat ihm gute Dienste geleistet.

Herr Tiling hat 2 Pat. operirt. 1) Ein Mann mit einer kleinen flachen Geschwulst, welche auf einem sehr dünnen Stiel sass, 2) eine Frau, bei welcher die Radicaloperation der Nabelhernie gemacht wurde, und der bei dieser Gelegenheit auch die nahe über dem Nabel sitzende H. epigastrica entfernt wurde. In diesem Falle konnte der trichterförmige Peritonealstiel von der Abdominalhöhle aus inspicirt werden. Aetiologisch kommen auch Schwankungen im Umfange des Abdomens, besonders durch die Schwangerschaft bedingt, in Betracht. Die Stärke der Bauchfascien ist ferner individuell sehr verschieden. Das subseröse Lipom unterscheidet sich vom subcutanen durch seinen Stiel, der bis hinter die Fascia transversa verläuft. Das subcutane Lipom lässt sich stets mit der Haut aufheben. Das sogenannte Hydatidenschwirren erklärt sich vielleicht durch die Eigenschaft der Lipome bei der Palpation ein knirschendes Gefühl zu geben. Dieses Knirschen der Lipome darf aber mit dem Hydatidenschwirren nicht verwechselt werden.

Herr Wanach sieht die Indication für die Operation nur in den Beschwerden. Der Erfolg, den W. in seinen Fällen durch die Operation erzielte, spricht zu Gunsten der letzteren. Verwechselungen mit subcutanen Lipomen können nicht vorkommen, da diese keine Schmerzen machen. Diagnostisch kann weiter der Umstand verwerthet werden, dass die Grösse der Hernie bei verschiedener Körperstellung wechselt. Beim Stehen und Pressen wird die Geschwulst grösser. Der Schmerz erklärt sich in solchen Fällen durch Zerrungen am Peritoneum; Schneiden und Nähen des Peritoneums empfinden bekanntlich die Pat. nicht.

Herr Wulff hat einen Fall von H. epigastrica mit schweren Einklemmungserscheinungen beobachtet. Es handelte sich um eine flache 5-kopeken grosse Geschwulst, die sehr empfindlich war. Ueber der Geschwulst war dumpfer Percussionsschall. Es kam zum Meteorismus, Erbrechen und Kräfteverfall, wobei keine Flatus abgingen. Da der Pat die Operation verweigerte wurde Eis applicirt. Darnach liessen die Schmerzen nach, und konnte die Hernia am nächsten Tage reponirt werden. Die Bruchöffnung war kleinfingerkuppengross und besass scharfe Ränder. Der Pat. wurde mit einer Pelotte gesund entlassen.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. Januar 1895.

1. Dr. A. Berkholz demonstrirt einen Fall von Polyneuritis diphtheritica.

Patientin Helene N. hat im September 1894 eine leicht fieberhafte Halserkrankung ambulatorisch durchgemacht, nach 3 Wochen Parese der Schlundmusculatur, nach wiederum ca. 3 Wochen Accomodationslähmung. Ende Nov. Schwäche der oberen und unteren Extremitäten, verbunden mit leichtem Vertaubungsgefühl. Am 12. Dec. folgender Status: Ataxie aller Extremitäten, namentlich der unteren; grobe Kraft in den Händen stark herabgesetzt, in den Beinen leichte Schwäche der Extensoren; passive und active Beweglichkeit frei; Sensibilitätsstörungen weder für Tast-, Orts-, Schmerz- noch Temperaturempfindungen nachweisbar; — Reflexe erloschen; die Muskulatur der unteren Extremitäten weist keine Atrophie auf, an den oberen Extremitäten leichte Atrophie der Muskulatur beider Daumenballen und des M. deltoideus rechts, electrische Erregbarkeitsprüfung fällt normal aus, bis auf die Prüfung der Musculatur der beiden Daumenballen und des rechten Deltoideus wo die Zuckungen für den faradischen und galvanischen Strom, direct oder indirect träg sind und die Anodenzuckung stärker ausfällt als die Katodenzuckung. — Von Seiten der Blase und des Mastdarms keine Beschwerden, Herzthätigkeit normal. — Keine Schmerzen in den Extremitäten, auch auf Druck.

Die Behandlung hat in Faradisation der Extrem. und Strychnininjection bestanden. Die Ataxie ist nunmehr geschwunden, doch sind die Reflexe und die normale Erregbarkeit auf den electrischen Strom noch nicht wiedergekehrt.

Referent betont den Mangel jeglicher nachweisbaren Sensibilitätsstörungen, welche nach Leyden etc. zum Bilde der Polyneuritis mit Ataxien gehören sollen, und führt 3 Fälle aus der Literatur an, wo desgleichen bei Mangel an Sensibilitätsstörungen die Ataxie nach Diphtherie auf eine neben der peripheren Erkrankung bestehende spinale Läsion geschoben wurde.

Dr. Ed. Schwarz wendet sich gegen die Ausführungen des Vortragenden in Bezug auf die Diagnose. Der Fall ist interessant durch die zur Zeit der Beobachtung fehlenden Sensibilitätsstörungen und die Ataxie. Beide Symptome könnten die Diagnose erschweren. Die Ataxie und speciell die Ataxie

der unteren Extremitäten hat Vortragenden veranlasst, eine centrale Läsion des Rückenmarkes anzunehmen; das ist nicht erlaubt, denn es ist bekannt, dass bei multipler Neuritis in Folge von Alcoholismus, Arsenvergiftung und Diphtherie Ataxie vorkomme, die aber Schwierigkeit in der Diagnose nur dann bereiten könne, wenn sie ohne motorische Schwächesymptome, ohne degenerative Processe in den Muskeln und mit Sensibilitätsstörungen gepaart vorkomme; dann ist die Unterscheidung von der Tabes nicht leicht. Im vorgestellten Falle ist die Ataxie aber mit Parese der oberen und unteren Extremitäten verbunden und zwar Parese mit partieller Entartungsreaction der Muskeln und Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit derselben. Diese Symptome sprechen direct gegen Tabes. Ebenso sprechen dagegen das Fehlen von Blasen-, Mastdarm- und Pupillen-Symptomen desgleichen von Sensibilitätsstörungen. Dieses letztere Symptom in Verbindung mit degenerativen atrophischen Processen könnte die Annahme einer centralen Läsion in Form der Poliomyelitis anterior nahelagen, doch komme bei dieser Erkrankung keine Erkrankung der cerebralen Nerven und keine Ataxie vor; daher sei im vorgestellten Falle diese Erkrankung auszuschliessen. Das Fehlen der Sensibilitätsstörung könne ausserdem sehr wol nur ein scheinbares sein, da Pat. nur ambulatorisch behandelt worden ist, und nicht von Anfang an hat beobachtet werden können, daher auf dieses Symptom kein grosses Gewicht zu legen sei.

Das ganze Krankheitsbild ist ein so einheitliches, dass Zweifel an der Diagnose nicht gut möglich sind: die Halsaffection, die sich daran schliessenden Rachensymptome, die sich daran schliessenden Lähmungen der cerebralen Nerven, das schliessliche Uebergreifen auf die Extremitäten, die in Armen und Beinen vorhandenen Ataxien mit Parese und degenerativer Atrophie, das Fernbleiben von Blase Mastdarm und Pupille lässt die Diagnose Polyneuritis ausser allem Zweifel.

Dr. Holst schliesst sich den Ausführungen Dr. Schwarz's an und weist noch darauf hin, dass oft beim Prüfen der Muskelsensibilität sich Störungen noch nachweisen lassen, wo die Hautsensibilität keine Veränderung gezeigt hat; erstere wird in diesem Falle wohl sicher gestört gewesen sein.

Dr. Schönfeldt erkundigt sich nach dem psych. Verhalten der Kranken.

Dr. A. Berkholz hat darin keine Störung beobachten können.

2. Dr. Hans Schwartz hält seinen angekündigten Vortrag «Zur Symptomatologie der Cholelithiasis».

In 2 Fällen, der Vortr. als Cholelithiasis ansprechen zu dürfen glaubt, hat er auf der Höhe des Anfalls erschwerte, rein costale Respiration und Vertauben der Vorderarme und Hände beobachtet. Er hat in der Literatur keine Angaben über diese Erscheinungen gefunden, die er aus einer reflectorischen Spannung der Abdominalmusculatur und dadurch bedingter maximaler Ausdehnung der oberen Lungenpartien, die ihrerseits Compression des Plexus brachialis verursachen, erklärt. Er ist jedoch der Ansicht, dass die Bedingungen für die Entstehung dieses Symptomencomplexes neben vielen anderen peritonealen Erkrankungen auch bei Gallensteinkoliken häufig gegeben sein müssen, da ja die Leber am meisten von allen Abdominalorganen vom Respirationsdruck betroffen werde, und daher bei Erkrankungen, die dieselbe in Mitleidenschaft ziehen, diese Erscheinungen am ehesten zur Beobachtung kommen müssten; aus diesem Grunde könnte unter Umständen, z. B. in Fällen zweifelhafter Differentialdiagnose zwischen Gallenstein -- und Nierensteinkoliken, das Vorhandensein dieser Symptome von ausschlaggebender Bedeutung sein.

Dr. Hampeln hat trotz reichhaltigen Materials bisher noch nicht Gelegenheit gehabt, bei Gallenstein auf dieses Symptom zu stossen, und hält es für ein extraordinäres, wenn es sich in den beiden vom Vortragenden angeführten Fällen überhaupt um Gallensteinkolik und nicht um eine einfache Neurose gehandelt hat. Die Abwesenheit der Periodicität braucht durchaus nicht gegen letztere Annahme zu sprechen. Gerade das Uebergreifen des Schmerzes auf andere Nervenbahnen ohne Bestehen für Gallensteinkolik charakteristischer Symptome scheint ihm in beiden Fällen die Annahme einer Neurose wahrscheinlicher zu machen.

Dr. Hans Schwartz sieht in dem raschen Klimawechsel entschieden ein Moment, welches das rasche Austreten eines Concrementes fördern könnte. Jegliches Fehlen sonstiger nervöser Erscheinungen, sowohl vor, als später nach dem Anfall scheine ihm doch gegen eine Neurose zu sprechen.

Dr. Carblom hat in letzter Zeit viel mit Gallensteinkoliken zu thun gehabt, und das vom Vortragenden beobachtete Symptom mehrmals ebenfalls beobachten können, namentlich ausstrahlende Schmerzen in den Armen.

Dr. Groth führt auch eine Beobachtung aus seiner Praxis an, wo ein älterer Herr plötzliches Druckgefühl in der Brust beim Gehen und Stehen bekam. Später stellte sich Icterus ein und ein Gallenstein ging ab.

Dr. v. Engelhardt hat auch eine Beobachtung machen können, dass der plötzliche Klimawechsel auf Gallensteinbildung von Einfluss sein kann. Das Vertauben der Hände sei übrigens nicht nur charakteristisch für Gallensteinkolik, da es sich auch bei anderen Erkrankungen der Abdominalorgane beobachten liesse. Die Respirationsbeschwerden müssten sich auch bei Erkrankungen der Niere einstellen, da auch diese durch die Excursion des Zwerchfells beeinflusst würde.

Dr. Ed. Schwarz wendet gegen den Grothschen Fall ein, es würden die Symptome auch durch stenocardische Anfälle erklärt.

Dr. Groth betont demgegenüber, dass weder früher noch später irgend derartige Symptome sich bemerkbar gemacht haben und die Coincidenz mit Icterus und Abgang eines Gallensteines wohl die Diagnose zweifellos machen.

3. Dr. Buchholz hält seinen angekündigten Vortrag über «die bisherigen Erfahrungen mit der Serumtherapie im Stadtkrankenhause».

Das Behring'sche Heilserum ist im Krankenhause 10 Mal, 1 Mal bei einer Erwachsenen, 9 Mal bei Kindern angewandt worden. 1 Fall kommt aber für die Serumbehandlung nicht in Betracht, weil das betreffende Kind schon 3 hor. nach der Injection bei der Tracheotomie zu Grunde ging, unter Erscheinungen, wie sie früher durchschnittlich 1 Mal jährlich im Krankenhause beobachtet worden sind — offenbar durch einen reflectorischen Herzstillstand.

Bei 2 Kindern, die erst seit 2 Tagen in Behandlung waren, liess sich für's erste eine schnelle Verkleinerung der Beläge und eine schnelle Besserung des Allgemeinbefindens constatiren.

Von den übrigen 7 Patienten verstarb 1, genasen 6.

Was den tödtlich verlaufenden Fall anbetrifft, so handelte es sich um ein 16½ Jahre altes Mädchen, das höchst wahrscheinlich schon eine Woche zu Hause krank gewesen war. Die bacteriologische Untersuchung ergab einzelne Stäbchen und ein Ueberwiegen von Coccen. Es trafen hier also 2 Umstände zusammen, von denen der eine nach Behring allein schon genügt, um die Serumtherapie in der Regel illusorisch zu machen. Ausserdem war der Fall noch durch eine grosse Struma complicirt und eventuell bestand auch noch Tuberculose.

Die 6 genesenen Fälle boten, wie es aus den mitgetheilten Krankengeschichten hervorgeht, einen eigenartigen einander sehr ähnlichen Verlauf dar.

Die Beläge im Rachen verkleinerten sich deutlich am nächsten, spätestens am 2. Tage nach der Injection. Das Allgemeinbefinden, der Schlaf, der Appetit besserten sich ausnahmslos schnell.

Eine deutlich reichliche Expectoration kurz nach der Injection liess sich 5 Mal wahrnehmen.

Die Temperaturen waren wechselnd, der Puls wurde bald voller und langsamer, doch kamen spätere Steigerungen der Frequenz noch vor. 3 Mal ging eine vollständig ausgebildete Larynxstenose wieder zurück. 1 Mal bildete sich eine Larynxstenose, die im ersten Beginne bestand, nicht weiter aus.

Eiweiss im Urin fand sich 3 Mal vor der Injection, 3 Mal erst nach der Injection, 1 Mal blieb der eiweissfreie Harn auch nach der Injection eiweissfrei. Die Albuminurie war stets recht gering. Das Alter der gespritzten Kinder betrug 4 Mal 2 Jahre und darunter. Das älteste Kind war 6 Jahre, das jüngste 1 Jahr 1 Monat alt. Von Nebenerscheinungen wurde 1 Mal am 6. Tage ein kurz andauerndes kleines Erythem bemerkt, welches das Allgemeinbefinden nicht störte. 1 Mal trat am 6. Tage ein ausgebreitetes Exanthem mit recht schwerer Schädigung des Allgemeinbefindens auf. Die Aetiologie einer Otitis media liess sich nicht feststellen, weil die Diphtherie zu einer bestehenden Variola hinzugetreten war.

Neben dem Serum wurde keine locale, sondern nur eine symptomatische Therapie angewandt.

Schutzimpfungen sind nicht vorgenommen worden.

Sitzung am 1. Februar 1895.

Dr. Treymann berichtet über folgenden Krankheitsfall. Am 30. Januar a. c. wurde im Krankenhause Frau Gr., 27 J. alt, die von Dr. Jorban aus Tuckum mit der Diagnose: «Extrauteringravidität mit ausgetragener, vor 3 Tagen abgestorbener Frucht» nach Riga geschickt worden war, laparotomirt. Die Diagnose wurde von mir bestätigt, nachdem es gelungen war, das Cavum des leeren Uterus, der oberhalb der Symphyse, nach links geneigt, der vorderen Bauchwand dicht anlag, mit 2 Fingern bis zum Fundus hinauf deutlich abzutasten. Es gelang leicht, Zeige- und Mittelfinger in den aufgelockerten, weichen 11 Cent. langen Uterus, der Decidnafetzen enthielt, einzuführen. Weder im vorderen noch hinteren Scheidengewölbe waren Kindstheile oder Placenta durchzufühlen. Dagegen liessen sich leicht von aussen durch das Abdomen grosse und kleine Kindstheile durchfühlen. Die Lage des Kindes liess sich als Längs- und Steisslage bestimmen. Bewegungen und Foetalpuls nicht wahrzunehmen. Das Hinaufragen des Extrauterinsacks, der prall gespannt schien und wenig verschiebbar war, bis zum processus xiphoideus liess ein ausgetragenes Kind vermuthen. Bei der Laparotomie (grosser Schnitt) erschien der Extrauterinsack als ein dem Uterus im letzten Schwangerschaftsmonat gleichendes Gebilde, welches, mit Ausnahme einiger leicht trennbarer, breiter Netzadhaerenzen am oberen Pol, nirgends mit der Umgebung verwachsen war und sich in toto aus der Bauchhöhle wie ein grosses

Uterusmyom herauswälzen liess. Rechts oben lag demselben das Ovarium und die Tube dicht an, links vorne unten der leere, 11 Cent. lange eigentliche Uterus, welcher vor 3 Jahren ein noch heute lebendes Kind ausgetragen und geboren hatte. Er haftete dem die ausgetragene Frucht bergenden Uterushorn in breiter Ausdehnung an. Nachdem ein Gummischlauch um den Cervix gelegt worden, wurde das ganze Uterushorn, ohne dass es eröffnet wurde, mit dem Uterus selbst abgetragen, der Stumpf extraperitoneal im unteren Wundwinkel fixirt. Nach der Durchschneidung des Cervix, wurde ein seitlich sich erstreckendes, trichterförmiges Grübchen sichtbar, welches eine Sonde mehrere Cent. weit in einen feinen Canal gleiten liess, der in der Wand des Uterushornes, jedoch nicht bis zum Innern desselben führte. Das nach vollendeter Laparotomie eröffnete Uterushorn enthielt ein ausgetragenes Kind, in der rechten Wand die Placenta und mässig viel grünen schleimigen Fruchtwassers. Befinden der Operirten nach 2 × 24 Stunden gut. (Demonstration des Präparats in der Sitzung v. 1. Feb. 1895) 12. Feb. Befinden der Patientin 14 Tage nach der Operation ausgezeichnet. Mit Ausnahme einiger Fiebertage, die durch Secretstockung in der Umgebung des Stumpfes verursacht wurden, guter Verlauf. (Autoreferat).

2. Discussion über den Vortrag Dr. Buchholz's «über die bisherigen Erfahrungen mit der Serumtherapie im Stadtkrankenhause».

Dr. Bergmann hält es nicht für zulässig, den einen vom Vortragenden erwähnten Fall als genesen zu rubriciren, obgleich noch bei der Entlassung das Vorhandensein von grauen Belägen in den Lacunen notirt worden ist. Eine nachfolgende Exacerbation ist hier nicht auszuschliessen und können durch eine solche Statistik leicht Missverständnisse hervorgerufen werden. Anderseits biete ein so frühzeitiges Entlassen der Pat. bei Berücksichtigung der langen Virulenzdauer der Löfflerschen Bacillen grosse Ansteckungsgefahren für die Umgebung.

Dr. M. Schmidt bemerkt demgegenüber, dass die erwähnten grauen Punktchen nichts mit diphtheritischem Belag zu thun gehabt haben, und auch, wie eine spätere poliklinische Beobachtung hat constatiren können, ohne Folgen geblieben sind. Die Pat. so lange im Krankenhause zurückzuhalten, als die Virulenz der L. Bacillen andauert, verbietet sich aus rein pract. Gründen.

3. Dr. Paul Klemm hält seinen angekündigten Vortrag über «Tetanus» (erscheint in der Berl. klin. Wochenschrift).

Dr. Ed. Schwarz findet eine Erklärung für die in der Umgebung der Verletzung sich bemerkbarmachenden Lähmungserscheinungen in den neuritischen Veränderungen. Schwierigkeiten der Erklärung bieten dagegen die localen Krämpfe. Von Interesse sind in dieser Frage 2 Arbeiten von Niessel und Beck, welche unabhängig von einander in den grossen Ganglienzellen des Rückenmarkes einen Schwund von Nervenzellensubstanz und im Zellkern gefunden haben.

Dr. Paul Klemm kann diesen Arbeiten keine Bedeutung zur Erklärung der localen Krämpfe beimessen, da sie von anderen Autoren keine Bestätigung gefunden haben, die in diesen Arbeiten betonten Veränderungen würden ausserdem nichts für Tetanus specifisches bedeuten, da sie auch bei anderen Erkrankungen beobachtet worden sind. Die Lähmungserscheinungen durch neuritische Veränderung zu erklären, hat in sofern etwas Bedenkliches, als das Tetanusgift bekanntlich direct durch das Blut in den Körper gelangt, und nicht sich längst den Nerven weiter verbreitet. Lähmungserscheinungen treten übrigens beim Tetanus nur im Facialisgebiete und nur bei Verletzungen am Kopfe auf.

Dr. Schönfeldt meint, der Umstand, dass die Krämpfe anfangs local sind, brauche durchaus nicht gegen einen centralen Ursprung derselben zu sprechen.

D. z. Secretär: Dr. Radecki.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Mai d. J. 6466 (6 mehr als in d. Vorwoche), darunter 285 Typhus — (21 wen.), 738 Syphilis — (14 mehr), 93 Scharlach — (8 mehr), 35 Diphtherie — (2 mehr), 45 Masern — (2 mehr), und 17 Pockenkranke (5 weniger).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. April bis 6. Mai 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
352	238	590	92	47	98	11	8	23	56	56	63	51	50	22	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 7, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 6, Scharlach 19, Diphtherie 7, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 13, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 26, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 52, Todtgeborene 19.

Bad Wildungen. Georg-Victor-Quelle und Helenenquelle sind seit lange bekannt durch unübertroffene Wirkung bei Nieren-, Blasen- und Steinleiden, bei Magen- und Darmcatarrhen, sowie bei Störungen der Blutmischung, als Blutarmuth, Bleichsucht u. s. w.

OSTSEEBAD SASSNITZ.

Aufenthalt Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin i. J. 1890.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Herrliche Buchenwaldungen — geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin. Viermal wöchentlich Dampferverbindung mit Kopenhagen. Eisenbahn-, Post- und Telegraphenstation. Prospecte gratis. Weitere Auskunft ertheilt bereitwilligst

(46) 7-3 **die Badeverwaltung.**

GMUNDEN am herrlichen Traunsee

reizende geschützte Lage, 422 m. über dem Meere, mildes Klima (57) 8—3

Hôtel Bellevue

in vorzüglichster Lage am See, Sool-, Fichtennadel- u. a. Bäder. Pneumatische Kammer. Inhalation. Kaltwassercur. **B. Bracher**, Besitzer.

Verlag von Julius Springer in Berlin N.

Die

Untersuchung des Wassers.

Ein Leitfaden zum Gebrauch im Laboratorium für

Aerzte, Apotheker und Studirende.

Von

Dr. W. Ohlmüller,

Regierungsrath,

Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes, Privatdocent der Hygiene an der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin.

Mit 74 Textabbildungen und einer Lichtdrucktafel.

Eleg. in Leinwand geb. M. 5,—.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand **1894 über 767,000** Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebl. Wildunger Salz** ist nur ein künstl. **zum Theil unlösliches** und nahezu werthloses Fabrikat. Schriften gratis. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen Hof** erledigt:
(45) 8—3 **Die Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actien-Gesellschaft.**

Antwerpen 1894 Goldene Medaille.

ADEPS LANAE

Marke «N. W. K.»

Reines neutrales Wollfett.

In der Praxis vorzüglich bewährte Salbengrundlage,

dargestellt von der Norddeutschen Wollkämmerei u. Kammgarnspinnerei-Chem.-Abtheil.

Dehnenhorst i. O. **BREMEN.** Neudek i. Böhmen.

Auf Wunsch stehen **Gutachten, Abhandlungen und Brochüren** über in den verschiedensten Krankheitsfällen angestellte Versuche, sowie **Receptformeln und Proben** zu eigenen Versuchen **gratis und franco** zur Verfügung.

Lager in Packungen à 1 Ko. in Petersburg, Moskau, Reval und Riga.

Gefl. Anfragen zu richten an den Generalverkäufer

Emil de Nevè Nachf., Berlin N. (70) 10—3

Heilanstalt

für Magen- und Darmkranke

von **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

Aeltestes, klinisch geleitetes Institut am Platze. Das ganze Jahr über geöffnet.
(56) 18—3 Prospecte gratis.
Bad Kissingen. Dr. Frhr. **v. Sohlern.**

KRANKENHEILER

Quellwasser Bernhardsquelle (Jodsodaschwefel-), Johann-Georgenquelle (Jodsodawasser). Zu Trinkkuren. (26) 10—6

Quellsalzpastillen.

Quellsalzlauge oder aber Quellsalz, beide durch Eindampfen des Quellwassers gewonnen zur Bereitung von Bädern im Hause.

Quellsalzseife No. I (**Jodsodaseife**), zugleich **vorzügliche** Toiletteseife.

Quellsalzseife No. II (Jodsodaschwefelseife), **medicinische** Seife.

Quellsalzseife No. III (verstärkte Quellsalzseife).

Seifengeist.

Man achte beim Einkauf genau auf die Namen und die Schutzmarke mit der Inschrift „**Bad Krankenheil**". Vorräthig in allen grösseren **Apotheken, Droguen-** und **Mineralwassergeschäften.** Auf Wunsch auch **directe** Zusendung durch das

Verkaufsbureau der Jodsodaschwefelquellen zu Krankenheil bei Tölz, Oberbayer. Gebirg.

Preiscourante und Gebrauchsanweisungen gratis und franco.

Vom 1 Juni ab practiciere ich wieder in

BAD REINERZ.

SAN REMO, Mai 1895.
(69) 3—3 San.-Rat **Dr. SECCHI.**

Dr. med. C. Beste **Bad Nauheim.**

Dr. F. v Chłapowski

ordinirt in

BAD KISSINGEN

wie in vorigen Jahren. (62) 5—3

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY

CÉLESTINS

GRDE-GRILLE

HOPITAL

Avoir soin de désigner la Source

Pädagogium Thale a. Harz.

Für Schüler sehr gesunder Aufenthalt, gute Pflege und gewissenhafte Vorbereitung für alle Klassen höherer Schulen. Individuelle u. energische Förderung. Beste Empfehlungen. P. von mit Unterr. 800—1000 M. jährl. Prospecte. **Dr. Lohmann.**

Дозв. ценз. Спб. 23 Мая 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.**

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, **Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.**

№ 21 St. Petersburg, 27. Mai (8. Juni) **1895**

Inhalt: H. Kisch: Ueber Herzirregularitäten der Fettleibigen. — W. Schiele: Ein Fall von hochgradiger Rigidität der Portio vaginalis und Conglutinatio orifici uteri externi. — Referate: H. J. Vetlesen: Hjerne-Extrakt subkutant ved neurastheniske Tilstande. — Bücheranzeigen und Besprechungen: H. Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. — A. Boehm und M. v. Davidoff: Lehrbuch der Histologie des Menschen einschliesslich der mikroskopischen Technik. — Penzoldt и Stintzing: Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. — Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis von Dr. med. W. Sturmann. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden Mitte September c.** an späterhin noch zu fixirenden Tagen stattfinden.

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts baldmöglichst bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber Herzirregularitäten der Fettleibigen.

Vortrag, gehalten auf dem Balneologencongresse in Berlin März 1895.

Von

Professor Dr. E. Heinrich Kisch

in Prag-Marienbad.

Keine functionelle Störung im menschlichen Organismus ist so geeignet das betroffene Individuum mit Angst und Schrecken zu erfüllen, als wenn das Herz seine rhythmische regelmässige Thätigkeit verändert. Der gebildete Mensch ist mit der regulären Schlagfolge seines Herzens von Kindheit an so vertraut und von der allerhöchsten Wichtigkeit dieses Organes so durchdrungen, dass schon eine geringe Abweichung von der Norm in ihm die Furcht eines plötzlichen völligen Versagens der Herzthätigkeit, des Herztodes erregt und unterhält. Ich habe namentlich Collegen, welche an sich die Zeichen der Herzarhythmie beobachteten, unter diesem Eindrucke in tiefe seelische Verstimmung verfallen gesehen. Mit Unrecht, wie Sie wissen. Denn es ist Ihnen, meine Herren, wohl bekannt, dass nicht jede Abweichung der Schlagfolge, der Grösse der Welle, des Rhythmus von der Norm auch eine folgenschwere Bedeutung hat und dass ebenso wie schwere Erkrankungen des Herzens, des Circulations- und Respirationsapparates andrerseits auch ganz unwesentliche Innervationsstörungen oder Veränderungen im Digestionstracte arhythmische Erscheinungen am Herzen zu veranlassen im Stande sind.

Heute möchte ich nur einen kleinen Beitrag zu dieser Kenntniss geben, indem ich die Verhältnisse skizzire, unter denen ich bei einer sehr grossen Beobachtungsreihe bei hochgradig fettleibigen Individuen Herzirregularität zu constatiren Gelegenheit hatte und welche prognostische Deutung ich derselben zuzuerkennen geneigt bin.

Vorweg sei bemerkt, dass bei uncomplicirten Mastfettherzen (Sie wissen, dass ich mit diesem von den Klinikern acceptirten Ausdrucke die Veränderungen am Herzen der Fettleibigen bezeichnet habe) die Arhythmie der Herzthätigkeit keineswegs eine häufige Erscheinung ist, wie dies schon Nothnagel in seiner viel citirten Arbeit über arhythmische Herzthätigkeit hervorhebt. In Ziffern ausgedrückt fand ich dies Erscheinungsbild in etwa acht Percent meiner diesbezüglichen Fälle.

Bei jugendlichen fettleibigen Personen, sowie bei solchen Lipomatoesen im mittleren Lebensalter, welche nur über geringe cardiale Beschwerden klagen, ist arhythmische Thätigkeit sehr selten; ich sah sie noch am häufigsten bei Mädchen mit der anämischen Form der Lipomatosis univ. Es kamen mir in solchen Fällen nur geringere Grade von Irregularität, nämlich die Herzintermittenz zur Beobachtung. Im Sphygmogramme zeigen sich die einzelnen Pulswellen gleich regulär, nur kommt es nach mehreren, regelmässigen Pulswellen von verschiedener Zahl zu einer Pulspause. Diese zeigt sich allorhythmisch in bestimmten zeitlichen Perioden, so nach jedem 4. und 6., selbst erst nach jedem 30. Schlage oder aber die Schlagreihen gestalten sich ganz unregelmässig, indem z. B. nach der 4. oder 5. regelmässigen Pulswelle eine Pause eintritt und dann wieder erst nach dem 20. oder 40. Schlage u. s. w. Nach der Pulspause sind die folgenden Pulswellen wieder vollkommen regulär. Die Auscultation des Herzens ergab, dass mit der intermittirenden Pulswelle auch ein Ausfall des Herzschlages mit seinem systolischen und diastolischen Tone stattfand. Die

Herzintermittenz wurde auch subjectiv von dem Individuum als Stillstand des Herzschlages empfunden und gab zuweilen den Anlass zu Angstgefühlen. Die betreffenden Fälle waren solche, wo am Herzen nichts wesentlich Abnormes nachzuweisen war, nur die verbreiterte Herzdämpfung und der abgeschwächte Herzspitzenstoss auf stärkere Fettansammlung um das Herz hinwies.

Derartige Herzintermittenz habe ich bei Fettleibigen durch Jahre fortbestehen, aber auch oft nach einem gegen die Lipomatosis universalis gerichteten Verfahren verschwinden und dauernd einem ganz regulären Herzschlage Platz machen gesehen.

Die überwiegende Mehrzahl der Fälle, in denen ich bei Fettleibigen arhythmische Herzthätigkeit beobachtete, betraf Personen, welche das 50. Lebensjahr zurückgelegt haben und bei denen sich mehrfach Zeichen von Herzinsufficienz bekundeten. Die Irregularität des Pulses zeigte sich darin, dass die Schlagfolge der Pulswellen eine ungleichmässige und vollständig ausgeprägte regelmässige Pulswellen mit anderen kleinen rudimentären abwechseln, oder, dass reguläre Pulswellen Pulspausen und schwach ausgebildete Pulswellen alterniren; die Pulscurven bieten dabei meistens den unterdicroten Charakter. Die Descensionslinie sinkt tief herab, bevor es zur Rückstosselevation kommt, welche bedeutend vergrössert ist; die Pulsfrequenz ist meist vermehrt. Bei der Auscultation der Herztöne ist die Regellosigkeit ihrer Aufeinanderfolge und Stärke vernehmlich. Alle Lipomatösen, wo derartige arhythmische Bewegungen zur Beobachtung kamen, klagten über mannigfache Beschwerden: Herzklopfen, stärkere Dyspnoe bei Treppensteigen und anhaltender Körperbewegung. Des Nachts waren zuweilen Anfälle von cardialem Asthma. Die Untersuchung des Herzens zeigte meistens Vergrösserung der Herzdämpfung der Breite wie der Länge nach, der Spitzenstoss nach aussen verrückt, wenig resistent. Bei der Systole zuweilen ein kurzes Blasen oder Geräusche hörbar. Stauungen im Venensysteme geben sich vielfach durch Oedem an den Füssen und Albuminurie kund.

Solche ausgeprägte Herzarhythmie habe ich bei hochgradig Fettleibigen durch Jahre lang fortbestehen, zuweilen auch eine wesentliche Besserung, nie aber vollständig beseitigt gesehen. Die Herzaction wurde unter dem Gebrauche der Trink- und Badecur, unter Anwendung des geeigneten diätetischen Regimes weniger arhythmisch, aber nie mehr ganz regulär.

Vollständige Herzarhythmie, vollkommene Irregularität der Pulscurven, indem die Pulswellen regellos auf einander folgen, ihre Höhe und Spannung eine wechselnde ist, nur vereinzelte, regelmässige Pulswellen auftreten, mit denen abnorm grosse und in ihrer Aufeinanderfolge verlangsamte Wellen oder mehrere kleine beschleunigte ganz rudimentäre Pulswellen alterniren — jenes sphygmographische Bild, das nach Bouilland als Delirium cordis bezeichnet wird, fand ich nur bei Fettleibigen, wo die schweren Symptome der Herzschwäche zur Geltung kommen. Die Auscultation erweist schwache in ihrer Stärke und Aufeinanderfolge regellose Herztöne. Solche Individuen klagen auch ohne wesentliche körperliche Anstrengung über Dyspnoe und Herzklopfen, häufig ist cardiales Asthma, auch Angina pectoris vorhanden. Die Symptome der Herzschwäche geben sich auf allen Gebieten des Kreislaufes kund. Dieses Delirium cordis habe ich bei einzelnen Individuen durch mehrere Jahre bestehen sehen, verhältnissmässig häufig trat bei ihnen ein plötzlicher exitus ein.

Schliesslich möchte ich noch der bei Fettleibigen in Verbindung mit arhythmischen Pulsen auftretenden Bradycardie erwähnen. Was die continuirliche Pulsverlangsamung betrifft, so findet man bei hochgradig fettleibigen Individuen ziemlich häufig und zwar bei solchen, die subjectiv über sehr geringe Beschwerden klagen und objectiv keine bemerkenswerthe abnorme Erscheinung am Herzen bieten, geringe Grade von Pulsverlangsamung, einen regelmässigen Puls bis zu 60 Schlägen in der Minute. Hingegen ist die auffällige continuirliche Pulsverlangsamung von 50—30 Schlägen und darunter in 1 Min. eine grosse Seltenheit, die ich nach meinen Beobachtungen als kaum mit 3 auf 1000 Fettleibige beziffern kann. In allen diesen letzteren Fällen waren bedeutende, schwindelartige Zustände, Ohnmachtsanfälle neben Symptomen von Herzschwäche. Der Puls bietet immer den Charakter des Pulsus tardus in seinen verschiedenen Abstufungen von den ersten Anfängen der Tardität, wo die Ascensionslinie wenig steil, der Scheitel der Curve mehr flach, die Rückstosselevation nur wenig angedeutet, bis zu dem deutlich Anakrotie zeigenden Pulsus rotundotardus, wo der aufsteigende Schenkel der Curve schon secundäre Erhebungen zeigt, die Elastitätselevationen und die Rückstosselevation im absteigenden Schenkel aber fehlen. Während ich die geringgradige Verlangsamung des Pulses bei Abnahme des Körperfettes abnehmen oder ganz schwinden sah, ist mir dies nie bei einem Falle hochgradiger Pulsverlangsamung der Fettleibigen vorgekommen.

Wenn wir nun nach der Deutung und prognostischen Kennzeichnung der eben skizzirten Herzirregularitäten der Fettleibigen fragen, so möchte ich folgendes angeben: Die Herzintermittenz, sowie die geringeren Grade der Irregularität möchte ich darauf zurückführen, dass durch das Eindringen des Fettes vom subpericardialen Bindegewebe in die Herzsubstanz die am Herzen gelegenen nervösen Apparate, die Herzganglien, deren Bedeutung trotz der neuen von Leipzig ausgegangenen Untersuchungen doch aufrecht erhalten werden kann, in ihrer Thätigkeit beeinträchtigt werden. Ich habe durch Untersuchungen an gemästeten Gänsen nachgewiesen, dass das Mastfett an dem Herzen vorzugsweise und zuerst entlang dem Sulcus atrioventricularis an der Basis der Herzkammern, ferner längs des Sulcus longitudinalis zunimmt. Gerade an diesen Stellen finden sich aber vorwaltend die Ganglienzellen des Herzens und es lässt sich wohl denken, dass unter der Umwucherung von Fettgewebe die Ganglienzellen gedrückt werden und pathologische Veränderungen erfahren, welche auf die functionelle Thätigkeit des Herzens störend einwirken können, auch wenn die Herzmuskulatur noch nicht angegriffen ist. Die hochgradigen Formen der Herzarhythmie möchte ich aber auf die Veränderung des Myocardiums, auf die in den späteren Stadien des Mastfettherzens eintretende Abnahme der contractilen Substanz und die moleculäre Veränderung der Muskelsubstanz zurückführen.

Prognostisch möchte ich vor allem, wenigstens bezüglich meiner Beobachtungen an Fettleibigen, der Anschauung Hayems widersprechen, dass die Unregelmässigkeit des Pulses immer ein wichtiges Kennzeichen der beginnenden Insufficienz des Betriebes, also der Ausdruck einer wirklichen Muskelerkrankung sei. Dies ist entschieden nicht der Fall. Ich habe, wie erwähnt, Herzintermittenz und leichtere Formen von Irregularitäten vollständig schwinden und einer regulären Herzthätigkeit Platz machen gesehen, welche durch viele Jahre, ja Decennien anhält. Ebenso möchte ich im Gegensatze zu Fothergill und Laségue, welche im Allgemeinen der Pulsintermittenz ein weit ernsteres Gewicht beilegen als der Irregularität gerade die erstere für minder bedeutsam halten, besonders dann, wenn die Intermittenz sich auch auf weitere Intervalle erstreckt und die Pulswellen sonst deutlich regulär sind. Ausgeprägte Irregularität des Pulses dagegen ist bei Fettleibigen als ernstes Zeichen von Herzschwäche und vollständiges Delirium cordis ebenso, wie hochgradige Bradycardie als Symptom vorgeschrittener Myodegeneration höchst ungünstig zu beurtheilen und lässt sogar oft plötzlichen exitus erwarten.

Ein Fall von hochgradiger Rigidität der Portio vaginalis und Conglutinatio orificii uteri externi.

Von

Dr. med. W. Schiele.

Am Abend des 13. Februar a. c. wurde ich zu einer Kreissenden abgeholt, deren Wehen bereits 2 Tage gedauert hatten, ohne dass die Geburt einen Fortschritt zeige. Die Wehen seien zuerst anhaltend und kräftig gewesen, allmählich habe ihre Intensität nachgelassen, bis sie zuletzt fast vollständig ausgeblieben seien. Das Fruchtwasser sei nicht abgeflossen.

Die 24 a. n. erstgebärende M. U. ist von mittlerer Statur, kräftigem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur und Panniculus; das Becken normal; das Abdomen stark vorgewölbt; der Fundus uteri zwischen Nabel und Processus xyphoides; die Kindstheile deutlich zu fühlen. Steiss im Fundus, Rücken rechts, die kleinen Theile links, Schädel im Becken; Herztöne rechts neben der Mittellinie 136. Von Zeit zu Zeit, circa nach je einer halben Stunde eine schwache kurze Zeit dauernde Wehe.

Die innere Untersuchung ergiebt Folgendes: Introitus vag. und Vagina eng. Der kindliche Schädel im Becken, die kleine Fontanelle rechts vorne, Pfeilnaht im I schrägen Durchmesser; die Fontanelle und die Nähte zwar deutlich zu fühlen, doch machten die dem Schädel prall aufliegenden Eihäute einen merkwürdig dicken und festen Eindruck. Weiter fiel mir auf, dass ein continuirlicher Uebergang von dem vorderen Scheidengewölbe auf die Eihäute bestand, eine Abgrenzung war unmöglich.

Ein klares Bild über den Befund konnte ich mir nach dieser Untersuchung nicht machen und beschloss nach kurzer Zeit eine zweite gründliche Untersuchung vorzunehmen, weil die erste aus Rücksicht auf die grosse Schmerzhaftigkeit, die die Kreissende angab, nicht ausgiebig genug ausgefallen war.

Dieses Mal drang der untersuchende Finger bis zum hinteren Scheidengewölbe vor, doch war der Befund zu meinem Erstaunen der gleiche, wie im vorderen, d. h. gleichfalls ein continuirlicher Uebergang vom Scheidengewölbe auf die Eihäute. Hiermit begnügte ich mich jetzt aber nicht, sondern tastete sorgfältig das ganze Terrain ab, wobei ich schliesslich in der Mittellinie, nahe dem hinteren Scheidengewölbe, einen kleinen derben Punkt auffand. Nach einigen Bohrversuchen mit dem Finger wich der derbe Punkt nach und nach etwas auseinander, bis zuletzt mein Finger durchzudringen vermochte und in eine Höhlung gelangte, die durch einen elastischen Körper angefüllt war.

Jetzt war der Befund klar: in dem harten Punkt hatte ich den ganz nach hinten gezogenen äusseren Muttermund entdeckt, die mir als sehr derbe Eihäute imponirende Membran über dem kindlichen Schädel war das papierdünn ausgedehnte untere Uterinsegment, der elastische Körper in der Höhlung hinter dem Muttermunde die gespannte Fruchtblase.

Im Laufe mehrerer Stunden gelang es mir erst den Muttermund durch energisches Dehnen mit den Fingern für ca. 3 Finger durchgängig zu machen; der Grund war eine sehr derbe fibrös-sehnige Beschaffenheit der Portio. Auch zog ich denselben möglichst nach vorne in die Richtung des Fruchtaxendruckes und hoffte, dass es doch vielleicht den Wehen gelingen würde die fernere Erweiterung des Muttermundes zu bewerkstelligen. In dieser Hoffnung sah ich mich aber getäuscht, denn als ich mich am Nachmittage des folgenden Tages von dem Zustande der Kreissenden überzeugte, fand ich ihn unverändert. Die Wehen waren wohl bedeutend stärker geworden, eine Erweiterung des Muttermundes war aber kaum erfolgt; hinzugekommen war ein Oedem der Labien und Vagina. Ich legte deshalb zwei seitliche Incisionen in die Portio an, die nicht ganz bis zum Scheidengewölbe reichten und wartete den Erfolg ab. In der darauf folgenden Nacht waren starke Wehen aufgetreten, am Tage hatten sie sich noch weiter verstärkt und waren sehr schmerzhaft gewesen; als ich aber am Abend eintraf, waren sie wieder ganz schwach und drohten vollständig zu sistiren. Der Muttermund war noch immer nicht verstrichen, sondern nur etwa bequem für 4 Finger durchgängig.

Trotzdem entschloss ich mich jetzt dazu die Zange anzulegen, da die Kreissende erhöhte Temperatur aufwies, und die kindlichen Herztöne sich verschlechtert hatten (Frequenz 150).

Die Extraction war eine sehr schwere; die Portio und die rigiden oedematösen weichen Geburtswege setzten derselben einen solchen Widerstand entgegen, dass ich schon eine Perforation des kindlichen Schädels ins Auge fasste, im Hinblick auf die zu befürchtenden Verletzungen der Mutter und das Versiegen meiner Kräfte. Ausserdem machte die lange Dauer der Operation es sehr unwahrscheinlich, dass das Kind noch lebend extrahirt werden konnte.

Endlich gelang es mir doch noch ein Kind weiblichen Geschlechtes in hochgradig asphyktischem Zustande zu entwickeln, dessen Wiederbelebung durch ³/₄-stündige Schulzesche Schwingungen und andere Manipulationen sich erreichen liess. Das Gewicht des Kindes betrug 9¹/₂ Pfund.

Die Frau verlor in der Zeit, während ich mit dem Kinde beschäftigt war, viel Blut, die Placenta wurde nicht spontan geboren und liess sich auch mit dem Credé nicht entfernen, sondern erst durch manuelle Lösung. Danach stand die Blutung. Bei der Extraction war ein Dammriss II. Grades entstanden. Eine ausgiebige Dammincision hätte in diesem Falle die Extraction entschieden bedeutend erleichtert, und wäre um so mehr am Platze gewesen, als ein Reissen des Dammes vorauszusehen war; man muss aber dabei bedenken, unter welchen Verhältnissen ein Landarzt meist zu operiren gezwungen ist; die Angehörigen der Frau sind seine «Assistenten», die, wie alle Bauern eine fürchterliche Angst vor schneidenden Instrumenten haben, bei Anwendung derselben also leicht ihre Posten verlassen könnten.

Das Wochenbett war durch starke Schmerzen in der linken Hüfte complicirt, die mehrere Wochen andauerten. Zur Zeit sind Mutter und Kind gesund. Bei einer kürzlich vorgenommenen Untersuchung der Ersteren constatirte ich, dass von der Portio zwei seitliche Risse zum Scheidengewölbe hin verlaufen, sie gehen nicht ganz bis zum Scheidengewölbe, sondern dort finden sich 2 ziemlich derbe Narben. Ueber das Scheidengewölbe hinaus reichen die Narben nicht.

Es handelte sich in vorliegendem Fall um eine Verklebung des äusseren Muttermundes und hochgradige Rigidität der Portio vaginalis bei einer nicht alten Erstgebärenden.

Die sog. Verklebung ist ein relativ seltenes Vorkommniss, nach einer Angabe von Fritsch unter 5000 Geburten ein Mal; eine vollständige Verklebung, ohne Spur einer Oeffnung, bedeutend seltener. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle findet sie sich bei Erstgebärenden. Aetiologisch sind voraufgegangene Erkrankungen der Genitalien verantwortlich zu machen, besonders während der Schwangerschaft, doch ist oft absolut keine Ursache nachzuweisen. Fritsch meint, dass in solchen Fällen der bei manchen Frauen individuell sehr enge Muttermund zur Verklebung besonders disponirt sei. Es finden sich in der Literatur Angaben, dass selbst nicht die Andeutung eines Orificium uteri ext. vorhanden gewesen sein soll, also vollständige Atresie des Muttermundes, doch liegt die Vermuthung nahe, dass der Muttermund nur nicht richtig gesucht und deshalb übersehen worden ist, wie es auch mir im Anfange passirte. Schröder behauptet strict, dass es sich in allen derartigen Fällen nicht um einen vollkommen verschlossenen, sondern nur einen sehr engen Muttermund handle. Wenn keine Kunsthülfe erfolgt, so können die Wehen entweder vollständig aufhören, das Kind stirbt ab, wird macerirt etc. (Wie mir der College Dr. Frey in Werro mittheilte, hat er jüngst einen derartigen Fall in Behandlung gehabt, das todtfaule Kind musste mit Hülfe des Cranioclasten extrahirt werden), oder die Wehen erreichen einen excessiven Grad, sind furchtbar schmerzhaft, so dass die Frauen schliesslich in einen maniakalischen Zustand gerathen, bis eine Ruptur des Uterus erfolgt. Nach Schröder tritt eher ein Platzen der gedehnten Cervixwand ein, als dass der Muttermund sich erweitere; Fritsch giebt an, dass die Ruptur nie die gedehnte Cervixwand betreffe, sondern immer andere Partien des Uterus; es sind sogar vollständige circuläre Abreissungen der Portio vorgekommen.

In jedem Falle ist also Kunsthülfe geboten und wird die Therapie je nach dem Grade der Verklebung resp. Rigidität der Portio eine wechselnde sein müssen. In manchen Fällen wird eine Eröffnung des verklebten Muttermundes durch Druck mit Sonde oder Finger genügen, er erweitert sich dann rasch ohne weitere Nachhilfe. In vielen Fällen wird man damit nicht zum Ziele gelangen, man wird die Erweiterung des Muttermundes durch forcirte Dilatation mit den Fingern oder dem Colpeurynter unterstützen müssen. Bei sehr hochgradiger Rigidität der Portio müssen Incisionen in den Muttermund ausgeführt werden; Dührssen empfiehlt bei geringeren Graden von

Rigidität 3—4 oberflächliche, bei hochgradiger Rigidität 2—6 tiefe, bis an das Scheidengewölbe reichende Incisionen. Nach Fritsch's Erfahrung kommt man oft mit einer tiefen Incision, die auf der Seite des kindlichen Hinterhauptes angelegt wird, aus. Bei der tiefen Incision soll es nicht zu einem Weiterreissen ins Scheidengewölbe und starken Blutungen kommen. Ist der Muttermund nicht zu finden, so durchtrennt man mit einem Kreuzschnitt die gedehnte Cervixpartie. Schröder behauptet, dass man in einzelnen Fällen sehr hochgradiger Rigidität der ganzen Portio mit diesen Maassnahmen nicht ausreichen wird, sondern zur Schädel-Perforation am lebenden Kinde und Extraction mit dem Cranioclasten wird greifen müssen, während Dührssen und Fritsch der Ansicht sind, dass man in allen Fällen vermittelst der Incisionen eine ausreichende Erweiterung des Muttermundes wird erzielen können, um, bei sonst normalen Verhältnissen, ein unverletztes Kind zu erhalten.

Referate.

H. J. Vetlesen: Hjerne-Extrakt subkutant ved neurastheniske Tilstande. (Norsk Magazin for Laegevidenskaben 1895 März).

Nachdem auf Anregung von Brown-Séquard zuerst Babés und Paul subcutane Injectionen von Gehirnextract junger Thiere gegen Neurasthenie versucht und empfohlen und auch andere wie Moncorno, Althaus u. A. die Versuche wiederholt, hat Verf. an 4 Fällen schwerer Neurasthenie das Mittel angewandt. In 3 Fällen hat er Verbesserung. in einem gar keinen Effect gesehen. Er kommt auf Grund seiner eigenen Fälle und der seiner Vorgänger zum Schluss, dass es jedenfalls kein specifisches Mittel gegen Neurasthenie bildet wohl aber ein tonisirendes. Meist wurde Schlaf und Appetit besser und häufig auch der Gemüthszustand. Er verwandte das von Chaix und Remy in Paris in geschlossenen Glasröhrchen in den Handel gebrachte flüssige Extract zu 3 Gramm die Dose. 12 Röhrchen zu 3 Gramm kosten ungefähr 24 Frcs.
Buch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Hermann Eichhorst: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Band I. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1895.

Uns liegt der erste Band der neuen, fünften Auflage dieses ausgezeichneten Handbuches vor, das sich schon längst das Bürgerrecht in der medicinischen Literatur gewonnen hat. Im ersten Bande werden die Krankheiten des Circulations- und Respirationsapparates abgehandelt. Das baldige Erscheinen der übrigen 3 Bände wird in Aussicht gestellt. Es hiesse Eulen nach Athen tragen, wollten wir die Vorzüge dieses Buches hervorheben; es sei nur erwähnt, dass in der neuen Auflage mehrfache Umarbeitungen vorgenommen sind. Das Buch steht also auf der Höhe der Wissenschaft und nimmt unter den modernen Handbüchern einen vornehmen Platz ein. Die zahlreichen vorzüglichen Abbildungen erleichtern das Studium ungemein, die Ausstattung ist eine glänzende.
B.

A. Boehm und M. v. Davidoff: Lehrbuch der Histologie des Menschen einschliesslich der mikroskopischen Technik. Wiesbaden, Bergmann 1895.

Verfasser, Schüler des Professor von Kupffer in München haben es unternommen ein kurzes Lehrbuch der Histologie zu schreiben. Es ist ihnen gelungen den immerhin umfangreichen Stoff in knapper Fassung darzustellen. Die Kürze der Darstellung hat es mit sich gebracht, dass hier und da einige Ungenauigkeiten mituntergelaufen sind — so z. B. im einleitenden Kapitel über das Mikroskop — im Ganzen muss aber hervorgehoben werden, dass dem Leser alles Wesentliche vorgeführt wird. Mit den Angaben, die über die mikroskopische Technik gemacht sind, kann sich Ref. nur einverstanden erklären, dieselben werden dem Anfänger gute Dienste leisten. Etwas kurz ist die Beschreibung der weiblichen Geschlechtsorgane ausgefallen. Die Abbildungen nach einigen Präparaten sind fast durchweg gut. Die Ausstattung des Buches macht dem Bergmann'schen Verlage alle Ehre. Wir glauben, dass das neue Lehrbuch der Histologie mit Beifall aufgenommen werden wird.
B.

Penzoldt и Stintzing: Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Выпускъ I. С.-Петербургъ Изданіе Риккера 1895.

Die bekannte Ricker'sche Verlagshandlung beabsichtigt das von Penzoldt und Stintzing herausgegebene Werk in russischer Uebersetzung fast gleichzeitig mit dem deutschen Original den russischen Aerzten zugänglich zu machen. Die erste Lieferung enthält eine ausführliche Beschreibung der Maassregeln, die gegen die Verbreitung von Epidemien zu unternehmen sind. Der Verf. A. Gaertner hat diesen Abschnitt sehr ausführlich und instructiv dargestellt. Es folgt dann «die präventive Impfung und andere individuelle präventive Maassregeln» von Buchner. In diesem Kapitel findet auch die Behring'sche Serumtherapie eine zeitgemässe Darstellung. Vom 3. Kapitel «Allgemeine Therapie der Infectionskrankheiten» von Ziemssen ist nur der Beginn abgedruckt. Wir sehen den folgenden Lieferungen mit Spannung entgegen. Die Uebersetzung ist von Dr. Schapiro besorgt worden. Die Ausstattung ist eine vorzügliche.
B.

Klinische Geschichte der Pachydermia laryngis von Dr. med. W. Sturmann. Von der Berliner medicinischen Facultät preisgekrönte Schrift. Berlin 1894. Verlag von S. Karger.

Jedem, der sich für diese in letzter Zeit in den Vordergrund getretene Frage interessirt und sich in ihr orientiren will, ist das kleine Büchlein (69 Seiten) sehr zu empfehlen. In klarer Weise, bei ansprechender Form und Sprache ist sie vom Verfasser gründlich bearbeitet. Wir finden zuerst ein Kapitel über die Geschichte und pathologische Anatomie. Dann folgen Aetiologie und laryngoskopisches Bild, zwei sehr ausführliche Abschnitte. Dem darauf folgenden kleineren — die subjectiven Symptome — schliessen sich die Kapitel über Ausgänge und Diagnose an. Die ungünstige Prognose und die bis jetzt recht ohnmächtige Therapie finden in den beiden letzten ihre Berücksichtigung an die sich eine ausführliche «Literatur» anknüpft. Genaueres Detail gehört nicht in den Rahmen der Wochenschrift, wäre zudem auch nicht ganz möglich, sollte man nicht den grössten Theil des Werkchens abschreiben. Druck und Ausstattung sind gut.
Neumann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

585 Sitzung am 14. Februar 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Hagentorn fügt zum Protokoll der vorigen Sitzung hinzu, dass er im Verlauf der letzten 2 Wochen unter 88 ambulanten Kranken bei 10 Personen, also in 11 pCt. epigastrische Hernien gefunden hat. Von diesen Pat. hatte nur einer nach stärkeren Mahlzeiten Schmerzen, 2 andere hatten die Geschwülste nicht einmal bemerkt. 3 Pat. waren unter 40 Jahre alt, 7 Pat. über 40 Jahr. Ein 65-jähriger Pat. hatte auch eine Inguinalhernie, ein anderer Pat. hatte 3 Hernien in der regio epigastrica. Zu bemerken ist noch, dass es über der Geschwulst zur Druckatrophie des Unterhautzellgewebes kommt. Nach Reposition der Geschwulst kann man sich leicht davon überzeugen, dass die Haut an dieser Stelle dünner ist.

2. Herr Blessig bespricht einen von ihm gemeinsam mit Dr. Dombrowski beobachteten Fall von gummöser Erkrankung der Orbita, der mittleren Schädelgrube und des Gehirns. Die Krankheitsgeschichte und der Sectionsbefund, welche demnächst in den «Klin. Monatsblättern für Augenheilkunde» ausführlich veröffentlicht werden sollen, seien hier kurz referirt: Pat. 31 Jahre alt, verheirathet, Vater gesunder Kinder, hat vor vielen Jahren eine venerische Krankheit gehabt, die damals nicht als Syphilis gedeutet und auch nicht als solche behandelt wurde. Im Frühjahr 1893 Ulcerationen an der Haut der rechten Nasenhälfte, von Dr. Dombrowski ausgekratzt; rasche Heilung bei antisyphilit. Behandlung: Injectionen von Hydrargyr. salicyl.; Jodkali. Seit April 1894 Vortreibung des rechten Auges; im August Schmerzen in der rechten Orbita und Schläfe, Zunahme des Exophthalmus, Beweglichkeit des Bulbus sehr beschränkt, Chemose; bald darauf Anaesthesie im Bereiche des I. und II. Astes des Trigeminus, Keratitis neuroparalytica. Pat. wird in's Deutsche Alexander-Hospital aufgenommen. Trotz energischer antisyphilit. Behandlung (Hg. KaJ. Decoct Sarsaparillae) welche auf Grund der vorausgegangenen gummösen Affection der Nase eingeleitet wird, aber sehr bald wegen starker Stomatitis wieder ausgesetzt werden muss, keine Besserung. Nur die Keratitis geht wieder zurück, trotz weiter bestehender Anaesthesie der Hornhaut.

Die Diagnose: gummöser Tumor in der Orbita wurde trotz der Erfolglosigkeit der Behandlung aufrecht erhalten. Bald wurden auch am unteren äusseren Orbitalrande

Geschwulstmassen fühlbar; der Bulbus wurde ganz unbeweglich, wie eingemauert; unerträgliche Schmerzen Tag und Nacht, neben Anaesthesie. Solange das Auge noch gesund blieb, wurde ein operativer Eingriff nicht für berechtigt gehalten, da keine Aussicht vorhanden war, den Tumor ohne Oeffnung des Bulbus zu entfernen. Am 13. September erblindete das Auge über Nacht; V=0. Ophthalmoskop. enge Arterien, gefüllte Venen, Papille blass. Jetzt brauchte das Auge nicht mehr geschont zu werden und auf dringende Bitten des Kranken wurde am 17. September von Dr. Dombrowski die Exenteratio orbitae, die Ausschälung des gesammten Orbitalinhaltes mit sammt dem Periost, ausgeführt. Dabei erwies sich die ganze Orbita, bis in die Tiefe, anaesthetisch; Pat. hatte nur wenig Chloroform bekommen und gab noch während der Operation auf Befragen an, dass er keinen Schmerz spüre. Bei der Operation fand sich ein wallnussgrosser ziemlich derber, in seinem Centrum einen Zerfallsherd einschliessender Tumor, der unten aussen vom Bulbus gelegen war, aber weder mit diesem, noch auch mit dem Periost der Orbita fester verbunden war. (Vortr. demonstrirt das Präparat). Die von Dr. Westphalen ausgeführte mikroskopische Untersuchung erwies eine für die gummöse Natur des Tumors sprechende Structur desselben. Nach der Operation ging es dem Pat. anfangs sehr gut, er hatte keine Schmerzen mehr, fing an sich zu erholen und verliess mit gut granulirender Wunde das Hospital am 29. September, um sich in der Folge täglich zum Verbandwechsel einzustellen. Da, nach etwa 3 Wochen, erneute Schmerzen in der rechten Schläfe und nun auch in der linken Orbita! Zugleich machte sich eine eigenthümliche, anfallsweise auftretende Störung der Respiration bemerkbar, welche in einer Beschleunigung und Vertiefung der Athmung, ähnlich derjenigen nach anstrengender Körperbewegung, bestand. Am 19. October Abends heftiger Schmerzanfall mit forcirter Athmung, Unruhe, Benommenheit und leichtem Fieber (38°). Am 20. October wird Pat. wieder in's Alexander-Hospital aufgenommen. Ueber Sehstörung klagt er nicht, aber am Hintergrunde des linken Auges, welcher bis dahin vollständig normal gewesen war, wurde schon am 17. September eine leichte Trübung der Papille wahrgenommen; in der nächsten Zeit entwickelte sich nun das typische Bild einer Schwellungs-Neuritis (Stauungspapille). Eine antisyphilit. Behandlung wurde nicht wieder begonnen, weil Pat. noch sehr elend war, die Stomatitis von früher noch bestand, und weil diese Behandlung gegen die Erkrankung der rechten Orbita ganz wirkungslos geblieben war. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich weiter, obgleich an den inneren Organen keine Veränderungen nachweisbar waren. Die oben erwähnte Athmungsstörung stellte sich anfallsweise mehrmals täglich ein, Krämpfe oder Lähmungen traten nicht ein, das Sensorium war aber meist benommen, dennoch klagte Pat. viel über Schmerzen. Körpertemperatur manchmal gesteigert (bis 38,5°). Vom 3. bis 7. November machte Pat. eine acute, dem Erysipel ähnliche Dermatitis an der Nase durch, mit Fieber, Somnolenz, Nackenstarre. Danach besserte sich der Zustand vorübergehend wieder. Am 28. November, bei normaler Temperatur, Zunahme der Somnolenz, die sich in den nächsten Tagen bis zur Bewusstlosigkeit steigert. Puls schwach, verlangsamt, Trachealrasseln. Exitus letalis am 2. December. Die Behandlung war in der letzten Zeit eine palliative, gegen die quälenden Schmerzen gerichtete.

Die am 3. December von Dr. Westphalen ausgeführte Section ergab, in Bezug auf Schädel und Gehirn folgendes: Die ganze rechte mittlere Schädelgrube ist von einer hirnmarkähnlichen Masse eingenommen, die scheinbar durch die Fissura orbitalis superior und das Foramen opticum aus der leeren rechten Orbita hierher eingedrungen und auf die Dura mater übergegangen ist. Die Masse erfüllt die Sella turcica, umschliesst die Arteria ophthalmica und die rechte Hälfte des Chiasma nerv. opt., dringt in den vorderen Theil des Felsenbeins, setzt sich in die untere Fläche des Schläfelappens des Gehirns fort und bewirkt hier Erweichung der weissen Substanz. Die Tumormassen sind stellenweise derb, stellenweise zerfliesslich weich. Gyri abgeplattet, Hirnsubstanz weich, in den Ventrikeln reichlich Flüssigkeit.

Ausserdem in den Lungen lobuläre pneumonische Heerde. Die Leber mit dem Zwerchfell verwachsen, Kapsel verdickt, die ganze Leber, besonders der linke Lobus in zahlreiche Lappen getheilt; in der Gegend der Gallenblase eine auffallend tiefe Furche, beim Einschneiden findet sich hier Narbengewebe, welches noch Zerfallsheerde in sich schliesst; Lebergewebe selbst unverändert.

Anatomische Diagnose: Hepatitis interstitialis fibrosa chronica (gummosa), gummöse Neubildung in der rechten mittleren Schädelgrube und im Temporallappen des Gehirns. Hirnoedem, lobuläre Pneumonie, Lungenoedem.

Folgende Punkte sind in dem mitgetheilten Falle beachtenswerth: 1) Die Keratitis neuroparalytica heilte, trotzdem dass die Anaesthesie fortbestand — ein jedenfalls unerwartetes Vorkommniss; vielleicht ist dieses der hochgradigen Chemose zu danken, welche die Lidspalte durch einen Wulst chemotischer Conjunctiva vollständig abschloss und so die Hornhaut vor Austrocknung schützte. 2) Bei dem hochgradigen Exophthalmus und der vollständigen Unbeweglichkeit des Bulbus musste eine grössere und diffusere Neubildung in der Orbita erwartet werden, als wie sie thatsächlich bei der Operation gefunden wurde 3) Die plötzliche Erblindung des Auges lässt sich weder durch den Druck des Tumors noch auch durch das Ergriffensein der Sehnerven durch die Neubildung am Foramen opticum befriedigend erklären, da die genannten Ursachen nur allmählich einwirken konnten. 4) Die antisyphilitische Behandlung blieb ganz wirkungslos; eine Diagnose ex juvantibus war nicht möglich. 5) Die Schwellungsneuritis (Stauungspapille) war auch hier ein sicherer Indicator der intracraniellen Neubildung. 6) Auffallend war die eigenthümliche Störung der Respiration; Herdsymptome, Lähmungen oder Krämpfe, bestanden nicht, auch keine Hemianopsie, trotzdem dass die Neubildung an das Chiasma heranreichte. Vielleicht hätten bei der Erkrankung des Temporallappens, Störungen des Gehörs nachgewiesen werden können; doch ist letzteres nicht genauer untersucht worden; 7) Die tiefe, bis in den Grund der Orbita reichende Anaesthesie lässt annehmen, dass schon zur Zeit der Operation die gummöse Neubildung in der mittleren Schädelgrube bestand und die ersten zwei Aeste des Trigeminus gleich an ihrem Austritt aus der Schädelhöhle ergriffen hatte.

Die Literatur über die gummösen Erkrankungen der Orbita ist recht spärlich. Die Autoren sind darin einig, dass diese Affectionen zu den allerhartnäckigsten gummösen Processen gehören.

Herr Schröder: Hat eine mikroskopische Untersuchung der Neubildung im Schädel stattgefunden? Der Misserfolg der antisyphilitischen Cur muss uns bei der Diagnosenstellung besonders vorsichtig sein lassen und dürfen wir die Diagnose Syphilis keineswegs auf den Leberbefund hin allein stellen.

Herr Westphalen: Die grossgelappte Leber mit tief einschneidenden Narben ist als typisch bei Syphilis anzusehen. Ausserdem fanden sich Gummata in der Leber. Mikroskopisch kann die Diagnose «Gumma» nicht immer mit Sicherheit gestellt werden.

Herr Blessig: Die Nasenaffection des Pat. war früher nach antisyphilitischer Behandlung und Auskratzung zur Ausheilung gekommen. Dieses spricht für die Richtigkeit der Diagnose Syphilis. Ferner weist schon Mraczek darauf hin, dass die antisyphilitische Behandlung bei Gumma der Orbita resultatlos bleibt.

3) Herr Masing berichtet über die Krankengeschichte eines an sehr langdauerndem Icterus leidenden Patienten.

A. G. Magister der Chemie, 68 Jahre alt, stammt aus gesunder Familie. Erblich nicht belastet. Er wurde mit normaler Hautfarbe geboren, aber im 8. Lebensjahre wurde er icterisch und blieb es bis jetzt. In den frühen Kindesjahren fing er an zu schielen und harthörig zu werden. Beides wurde bleibend und nahm allmählich zu trotz Behandlungen. Sonst entwickelte er sich normal, war geistig fähig und studirte mit Erfolg Chemie. Nach dem Studium ist er sehr viele Jahre lang gereist zu wissenschaftlichen Zwecken und hat dabei viel Strapazen überstanden, Nächte im Schnee zugebracht etc. In Persien hatte er sehr schwere Malaria, so dass er während der Reise nicht mehr weiter konnte sondern getragen werden musste. Er genas in Europa von der Malaria, wie es scheint, vollständig und war später immer recht gesund. Vor 8 Jahren, also schon als 60-jähriger Mann, acquirirte er Lues, die aber sehr energisch behandelt wurde, auch Kuren in Aachen. Vor 6 Jahren heirathete er. Die Ehe blieb kinderlos, auch keine Aborte sind gewesen, aber nie zeigten sich weitere Zeichen der Lues. Noch im Sommer 1893 hat er in der Schweiz anstrengende Touren vortrefflich geleistet und schien noch für lange mit fester Gesundheit beschenkt zu sein. In Spirituosis war er immer sehr mässig.

Im Frühling 1894 fing er an zu kränkeln. Appetit und Schlaf wurden schlechter, er hustete viel und wurde kraftlos. Etwas Fieber. Im Sommer 1894 suchte er in einer waldigen Gegend Finnlands Stärkung. Dort hat ihn Dr. Frankenhäuser behandelt, dem ich folgende Notizen über den Zustand des Pat. verdanke. Den Sommer über schleichendes Fieber 37,5—38,0. Abnahme der Kräfte. Chronischer Bronchialcatarrh mit schwerer Expectoration. Percussion giebt keine Abweichungen von der Norm aber ziemlich reichliche Rhonchi überall hörbar, besonders hinten links, wo das Respirationsgeräusch abgeschwächt ist. Herz etwas vergrössert, systolisches Geräusch von wechselnder Intensität. Linker Leberlappen sehr, rechter weniger vergrössert, derb, nicht druckempfindlich. Milz sehr vergrössert, derb, überragt den Rippenbogen circa handbreit. Kein Ascites

Reichliche Diurese und etwas Albuminurie. Appetit und Stuhl gut. Oedem der Füsse in geringem Grade seit Monaten. Seit dem 18. August 1894 war Pat. in meiner Behandlung. Zunächst blieb der Zustand wochenlang derselbe. Die constanten subfebrilen Temperaturen hingen offenbar von den Lungen ab; am linken Unterlappen war bald Dämpfung und subcrepitirendes Rasseln nachweisbar — catarrhalische Pneumonie. Das Herz blieb gross, kein Spitzenstoss fühlbar — so dass die Vergrösserung des Herzens als Dilatation gedeutet werden musste, doch aber war der Puls immer recht voll bei allgemeiner Anaemie und Kraftlosigkeit, was doch wieder für Hypertrophie des linken Ventrikels sprach. Ein systolisches Geräusch an der Herzspitze und besonders deutlich auf dem Sternum war constant, doch fehlten die anderen Symptome irgend eines Klappenfehlers.

Die Leber war immer gleich vergrössert, sehr derb, nicht druckempfindlich, die Oberfläche glatt. Die Ausscheidung der Galle geschah offenbar normal, denn die Stühle waren gut gefärbt und in dem Urin liessen sich nie Gallenfarbstoffe nachweisen. Die Haut blieb aber immer gleichmässig icterisch, ebenso die Sclerae in intensiver Weise. Die Milz blieb unverändert s e h r gross, von der Härte einer Amyloidmilz, glatt und schmerzlos bei Druck. Die Nieren waren nicht palpabel. Der Urin meist um 1000 Cc. herum, alle Diuretica, die der Reihe nach versucht wurden, blieben darin wirkungslos (Digital. Scilla, Diuretin. Calomel etc. Calomel zu $1^1/_2$ gran. und Opium 3 mal täglich brachte schon nach wenigen Tagen eine hartnäckige Stomatitis, freilich war dabei der Urin kurze Zeit reichlicher 1300 Cc.) Das spec. Gew. war leicht, oft unter 1010. Reaction sauer. Der Eiweissgehalt war constant gering, aber immer da, nach Esbach 0,025--0,05.

Der Hydrops der Beine, Genitalien, das Anasarca der Haut nahm immer zu und die Dyspnoe wurde bedrohlich, ohne dass in den Körperhöhlen Transsudate aufgetreten wären. Es wurden am 2. November in jeden Unterschenkel zolllange tiefe Einschnitte gemacht, aus welchen im Laufe der nächsten Tage ausserordentlich grosse Massen Serum abflossen. Der Hydrops nahm dementsprechend ab. Dabei verlor sich auch das Fieber und die catarrhalische Pneumonie der linken Unterlappen. Er fing an zu essen und erholte sich sehr und nahm seine ernsten Studien wieder auf. Der Icterus, das Herz, die Leber, Milz und die Albuminurie blieben aber in statu quo.

Mitte December schlossen sich die Incisionen definitiv, rasche Zunahme der Wassersucht. Erneute Einschnitte, obgleich ebenso lang und tief förderten nicht mehr und am 9. Jan. 1895 starb er an Erschöpfung nachdem er nur die letzten Tage nicht bei Besinnung gewesen war. Section am 10. Jan. 1895 von Herrn W e s t p h a l e n.

Anatomische Diagnose: Chronisch diffuse fibröse Peritonitis (möglicherweise aus frühester Jugend). Im Zusammenhang damit die feste Adhäsion der Lungen mit dem Zwerchfell, sowie die abnorme Kürze des ganzen Darms und vielleicht die fötale Gallenblase. Cholelithiasis. Relative Stenose des Duct choledochus beim Eintritt in den Darm. Dilatation des choledochus, hepaticus, der Gallenwege. Icterus. Nephritis interstitialis chron. Arteriosclerose. Dilatatio cordis sin. (relative Insufficienz der Mitralis). Dilatation und Hypertrophie des rechten Herzens. Venöse Stauung der Lungen. Oedeme. Ascites. Cirrhosis hepatis incipiens. Milztumor (Malaria?) Pericarditis serosofibrinosa. Atrophie der Hirnwindungen. Leptomeningitis fibrosa chron. Oedem der Subarachnoidalräume. Pachymeningitis interna hämorrhagica.

Vermischtes.

— B e f ö r d e r t: Der Professor der Chirurgie, Staatsrath G. T i l i n g. Director der chirurgischen Abtheilung des klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna — zum w i r k l i c h e n S t a a t s r a t h.

— E r n a n n t: Staatsrath Dr. med. E n g e l h a r d t, ausseretatmässiger älterer Medicinal-Beamter des Medicinal-Departements — zum stellvertretenden Gouvernements-Medicinalinspector von Smolensk.

— O r d e n s v e r l e i h u n g e n: Der St. W l a d i m i r - O r d e n 4. Kl. — den DDr. med.: Wirkl. Staatsrath G a r f i n k e l Consultanten des Maximilian-Hospitals für ambulante Kranke in St. Petersburg und den Staatsräthen: L a n d s b e r g, ält. etatm. Ordinator desselben Hospitals und K e l d y s c h, stellv. Ordinator des Hospitals der hl. Dreifaltigkeits-Gemeinschaft Barmherziger Schwestern in St. Petersburg; der St. A n n e n - O r d e n 2. Kl. — dem Coll.-Rath: Dr. med. K u b l i, ält. Ordinator der Kreuzes-Erhöhungs-Gemeinschaft Barmherziger Schwestern — dem Staatsrath O. P e t e r s e n, Consultanten beim klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna; der S t. S t a n i s l a u s - O r d e n 2. Kl. — dem Coll.-Rath Dr. med. D e m b o, etatm. Specialisten des Hospitals für ambulante Kranke I. K. H. der Grossfürstin Maria Alexandrowna, Herzogin von Sachsen-Koburg-Gotha und dem Hofrath T h o m s o n, ausseretatm. Arzt beim Hospital der hl. Dreifaltigkeitsgemeinschaft Barmherziger Schwestern in St. Petersburg und der S t. S t a n i s l a u s - O r d e n 3 Kl. — dem ausseretatmässigen Ordinator der Kreuzes Erhöhungs-Gemeinschaft Barmherziger Schwestern Eduard W e i m a r und dem etatm. Ordinator der Marien-Geburtshilflichen Anstalt Albert E i c h f u s s.

— V e r s t o r b e n: 1) Am 5. Mai in Moskau der Professor der Ophthalmologie A. N. M a k l a k o w. 2) Am 2. Mai in Jarosslawlj der Oberarzt des dortigen Gouvernementslandschafthospitals W. F. L i n d e n b a u m, 56 Jahre alt, der sich namentlich als Chirurg einen guten Namen gemacht hat. 3) Am 22. Mai der als Forschungsreisender sehr bekannt gewordene Dr. A. W. J e l i s s e j e w, 38 Jahre alt.

— Dr. M. J. D r u s h i n i n ist zum Professor der Chirurgie in Jurjew (Dorpat) ernannt worden. (Wratsch.)

— Der Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, N a s s i l o w hat nach Absolvirung einer 30-jährigen Dienstzeit die Academie verlassen.

— Zum Oberarzt der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern ist an Stelle von Prof. S s i r o t i n i n der Privatdocent N. J. T s c h i s t o w i t s c h berufen worden. (Wratsch.)

— Der ausserordentliche Professor der gerichtlichen Medicin in Tomsk P o p o w ist zum ordentlichen Professor befördert worden. (Wratsch.)

— Prof. D r a g e n d o r f f soll den an ihn ergangenen Ruf an die Berliner Universität abgelehnt haben.

— Der Prosector der Warschauer Universität Dr. A. W. G r i g o r j e w ist zum Privatdocenten für pathologische Anatomie an der militär-medicinischen Academie ernannt worden.

— Die G e s a m m t z a h l d e r K r a n k e n i n d e n C i v i l h o s p i t ä l e r n S t. P e t e r s b u r g s betrug am 14 Mai d. J. 6370 (36 wen. als in d. Vorwoche), darunter 314 Typhus — (29 mehr), 725 Syphilis — (13 wen.), 92 Scharlach — (1 wen.). 31 Diphtherie — (4 weniger). 43 Masern — (2 wen.), und 16 Pockenkranke — (1 weniger).

Am 21. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 6421 (51 mehr als in der Vorwoche), darunter 338 Typhus — (24 mehr), 739 Syphilis — (14 mehr), 113 Scharlach — (21 mehr) 36 Diphtherie — (5 mehr), 49 Masern (6 mehr) und 18 Pockenkranke (2 mehr).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis 13. Mai 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	244	557	107	58	74	9	6	25	66	49	49	31	45	21	14	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 12, Diphtherie 5, Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 91, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 72, Todtgeborene 31.

Für die Woche vom 14. bis 20. Mai 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
325	232	557	118	37	98	17	13	27	50	42	45	42	32	21	13	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 18,

Diphtherie 9. Croup 5. Keuchhusten 6. Croupöse Lungenentzündung 27. Erysipelas 2. Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1. Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0. Puerperalfieber 0. Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4. Lebensschwäche und Atrophia infantum 54. Marasmus senilis 21. Krankheiten des Verdauungscanals 45. Todtgeborene 34.

Schwefelbad Trencsin-Teplitz. Angezeigt in Fällen von Gicht, Rheumatismus, veralteter Syphilis, Neuralgien, Ischias, chron. Hautkrankheiten, Caries und Necrose der Knochen, Wunden mit trägem Heiltriebe etc. etc.

Saison 1.Mai—1.Oct. **Bad Nauheim** Frequenz 11681

bei Frankfurt a/Main, Bahnlinie Cassel-Frankfurt a/M.

Schöne Lage am Taunus, erfrischende, reine Luft. Ausgezeichnet durch die Reichhaltigkeit seiner **naturwarmen Badestrudel** (30—34° R.), ermöglicht mehr, als irgend ein anderer Badeort die Anwendung der verschiedenartigsten Bäderformen von einfachen Soolbädern bis zu **stark moussirenden kohlensaurereichen „Thermalsoolbädern**, die in **jeder Concentration** und **Wärme** gegeben werden können. Einzig in ihrer Art, sind die naturwarmen, ungemein kohlensäurereichen Sprudelstrombäder. Sonstige Kurmittel: **zwei salinische** und **eine alkalische Trinkquelle, Milch- und Molkenkur, elektrische Bäder, Douchebäder, Gradirwerke, Inhalationssalon, Institute für schwedische Heilgymnastik** und **Massage, Medico-mechanisches Zander-Institut, Traubenkur, Terrainkur etc.**

Unterhaltungen: grosser, schattiger Park, Curhaus mit eleganten Concert- und Conversationssälen; Lesezimmer mit ca. 200 Zeitungen; 36 Musiker starke Kurkapelle, Theater, Künstler-Concerte, Jagd, Fischerei, Gondelfahrten auf dem See, Lawn-Tennis etc. In nächster Nähe ausgedehnte Waldungen mit zahlreichen neu angelegten Wegen. Die Stadt ist jetzt vollständig kanalisirt und mit Klärbeckenanlage versehen. Ein neues Wasserwerk liefert gesundes Trinkwasser in alle Häuser (Wasserspülung). Kurhaus, Anlagen und einzelne Theile der Stadt sind electrisch beleuchtet. Jede Auskunft ertheilt gerne:

(65) 2—1 Der Vorstand des Kur- und Verschönerungsvereins: **August Wagner.**

Guajacolcarbonat

ist

absolut frei von Aetzwirkung.

Total geruchlos- und geschmackfrei, deshalb selbst von den empfindlichsten Patienten, auch in grossen Dosen gern genommen **und gut vertragen**; kein Uebelsein, kein Durchfall.

Verkauf durch die Grossdroguenhandlungen und die Apotheken. Litteraturabdrücke durch

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

(12) 13—7

Bahnstation Muszyna-Krunica von Krakau 8 Std. » Lemberg 12 Std. » Budapest 12 Std.

Kur-Anstalt

KRYNICA (in Galizien)

reichhaltigster Eisensäuerling.

Post loco drei Mal des Tages Telegraphenstation Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder (Im J. 1894 wurden über 40000 erfolgt). Moorbäder mittelst Dampf erwärmt i. J. 1894 erfolgt 16000) Gasbäder aus purer Kohlensäure. **Hydropatische Anstalt** unter der Leitung des Dr. H. Ebers (im J. 1894 wurden über 28000 Proceduren ertheilt). Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Fluss-, Douche- u. Wellenbäder. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopff ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 11 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen u. Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Gesellschafts-Spiele (Croquet, Lawn tennis etc.) Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit completten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. u. gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, Milchnerei, Zuckerbäckereien. Musik-Orchester unter Leitung des A. Wronski seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Photogr. Atelier «Marie» aus Lemberg. Frequenz im J. 1894: 4650 Personen. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte

(73) 6—1 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

GMUNDEN am herrlichen Traunsee

reizende geschützte Lage, 422 m. über dem Meere, mildes Klima (57) 8—3

Hôtel Bellevue

in vorzüglichster Lage am See, Sool-, Fichtennadel- u. a. Bäder. Pneumatische Kammer. Inhalation. Kaltwassercur. **B. Bracher,** Besitzer.

BADEN

pres ZURICH

SUISSE

Sources thermales.

Antwerpen 1894 Goldene Medaille.

ADEPS LANAE

Marke «N. W. K.»

Reines neutrales Wollfett.

In der Praxis vorzüglich bewährte Salbengrundlage,

hergestellt von der Norddeutschen Wollkämmerei u. Kammgarnspinnerei-Chem.-Abtheil. Delmenhorst i. O. **BREMEN.** Neudek i. Böhmen.

Auf Wunsch stehen **Gutachten, Abhandlungen und Brochüren** über in den verschiedensten Krankheitsfällen angestellte Versuche, sowie **Receptformeln und Proben** zu eigenen Versuchen **gratis und franco** zur Verfügung.

Lager in Packungen à 1 Ko. in Petersburg, Moskau, Reval und Riga.

Gefl. Anfragen zu richten an den Generalverkäufer

Emil de Nevé Nachf., Berlin N. (70) 10—3

Adressen von Krankenpflegerinnen:

- Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, **Haus № 16, Qu. 10.**
- **Ольга Свѣтлова**, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
- **Schwester Elise Tennison**, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.
- Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
- **Pauline Gebhardt.** Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
- **Marie Winkler**, уг. Солянова пор. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.
- Frau **Amalie Schulze**, Фонтанк. № 137, кв. 119.
- **А. А. Щукина**, Поварской пер. д. 17. кв. 6.
- **Marie Mohl.** В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.
- **Antoinette Lücke**, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
- Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.
- Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.
- **Sophie Jordan**, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9,
- **Amalie Born**, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.
- **Марія Яковлевна Шневлинъ**, Вас. О. 16 л. д. № 17.

Дозв. ценз. Спб. 29 Мая 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 22 St. Petersburg, 3. (15.) Juni 1895

Inhalt: Dr. Gilbert: Zur Casuistik der Vaginaыxation. — Bücheranzeigen und Besprechungen: J. Beas: (Berlin): Diagnose und Therapie der Magenkrankheiten. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet. II. Theil. Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. — Oskar Hovorka, Edl. v. Zderas. Die äussere Nase. Eine anatomisch-anthropologische Studie. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Zur Casuistik der Vaginafixation.

Von

Dr. Gilbert,

praktischem Arzt zu Riga.

Gelegentlich eines längeren Aufenthaltes, vor nun 2½ Jahren, in Berlin hatte ich die Ehre dem Herrn Dr. Dührssen einige Male bei Ausführung seiner Vaginafixation zu assistiren, wie auch einer grösseren Anzahl von Operationen nach seiner Methode beizuwohnen. Im Laufe der Zeit habe ich 3 Fälle im hiesigen Marien-Diakonissenhause und 2 in der Privatpraxis selbst operirt. Es sei mir gestattet in Folgendem dieselben näher zu schildern.

Fall I. Frau J. aus G., 38 Jahre alt, Frau eines Kaufmanns, seit 12 Jahren verheirathet, hat ein Mal vor 11 Jahren geboren. Die Geburt war leicht, jedoch lag Pat. nach derselben, angeblich mit einer Unterleibsentzündung 3 Wochen zu Bett. Seitdem fand eine Conception nicht statt. 12 Jahre alt wurde sie zum ersten Male menstruirt. Die Regel war bis zur Geburt des ersten Kindes normal. Nach der Geburt litt sie stets, vor Eintritt derselben, an heftigen Schmerzen im Unterleibe; die Regel dauert 3—4 Tage, ist sehr profus. Pat. klagt über Kopfschmerzen, Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfung, Appetitlosigkeit und Ausfluss. Pat. ist eine starke, dicke Frau, daher die Untersuchung bei ihr sehr erschwert. Sie ergiebt Folgendes: Scheide eng, die Portio sieht nach vorne, ist verdickt, an der Portio eine Erosion. Der Cervicalcanal klafft; aus demselben entleert sich ein gelbes, eiteriges Secret in spärlicher Menge. Der Uterus ist derb und hart, stark vergrössert, liegt retroflectirt, lässt sich aber leicht aufrichten. Das Ballotement des Uterus ist schmerzhaft. Die Sonde dringt 12 Ctm. tief in den Uterus ein. Der Urin ist klar und die Adnexe sind frei.

Diagnose: Endometritis, Metritis, Retroflexio Uteri. Da Pat. von einer Ringbehandlung nichts wissen will, wird ihr die Vaginafixation proponirt. Dieselbe wurde, nachdem in der Chloroformnarkose nochmals derselbe Befund aufgenommen worden war, am 4. Juni 1893 typisch nach Dr. Dührssens ersten Angaben ausgeführt. Zuerst wurde die Blase catheterisirt, die Schamhaare rasirt, die äusseren Theile gründlich abgeseift, mit Alkohol und Sublimat gründlich desinficirt und die Scheide mit 1 pCt. Lysollösung ausgespült. Jetzt wurde die Abrasio und Portio-Amputation gemacht. Es folgte nach dem Querschnitt über die Portio die Ablösung der Blase, die Anlegung der provisorischen Nähte, Einführung eines gebogenen Catheters in das Cavum Uteri, Herunterziehen des Uterus an den Nähten, bis der Finger das Peritoneum erreichte, Eröffnung desselben. Dennoch gelang es mir nicht, bei der Enge der Scheide, die Nähte hoch genug durch den Uterus zu legen. Ich musste mich begnügen, sie gleich oberhalb des Cervix anzubringen; ein Umstand, der mir sofort den Erfolg der Operation fraglich erscheinen liess. Nach Knüpfung der Nähte wurde die quere Scheidenwunde mit Catgut geschlossen; somit wurden die definitiven Nähte versenkt. Als Nahtmaterial zur Fixirung war Seide benutzt worden. Der Verlauf war ein vollständig fieberfreier. Pat. konnte 3 Stunden nach der Operation spontan Urin entleeren. Am 14. Tage verliess Pat. das Bett. Die Amputationswunde wie auch der Querschnitt auf der Portio sind verheilt. Der Uterus stand bei der Untersuchung anteflectirt. Ich selbst habe Pat. nicht wieder zu Gesicht bekommen, doch soll sie nach dem Bericht des sie behandelnden Collegen nicht frei von Beschwerden sein und der Uterus retroflectirt liegen.

Fall II. Frau J. aus Riga, 45 Jahre alt; Frau eines Nadlers, ist seit 18 Jahren verheirathet. Sie hat 2 Mal geboren, zum letzten Mal vor 3 Jahren. Seitdem fand keine Conception mehr statt. Die Regel trat bei ihr mit dem 15. Lebensjahre ein und war bis zur Geburt des ersten Kindes normal. Seit der Zeit verstärkt sie sich immer mehr und mehr. Jetzt dauert sie 8—10 Tage und ist sehr profus. Pat. klagt über einen sehr starken, eiterigen Ausfluss, der oft so reichlich sein soll, dass ihre Wäsche vollständig feucht ist. Sie hat ferner Schmerzen im Kreuz, die in die Oberschenkel hin ausstrahlen und Schmerzen im Unterleibe. Die Scheide ist sehr weit, die vordere wie auch die hintere Vaginalwand stark prolabirt. Die Portio steht sehr tief, ist hypertrophisch und trägt eine grosse Erosion. Der Cervicalcanal klafft so weit, dass man bequem mit den Fingern in den Uterus gelangen kann. Es besteht eine starke Secretion aus demselben. Der Uterus ist sehr vergrössert, die Sonde misst 12 Centimeter, dabei ist er von weicher, schlaffer Beschaffenheit, liegt retroflectirt, lässt sich aber leicht aufrichten. Die Adnexe sind bei der Dicke und Straffheit der Bauchdecken nicht durchzufühlen.

Diagnose: Endometritis, Metritis, Retroflexio. Pat. wurde zuerst mit Ausspülungen des Uterus und Jodoformgaze-Tamponade nach Schultze behandelt, da aber der Ring weder den Prolaps zurückhielt, noch den Uterus in antevertirter Stellung zu erhalten im Stande war, so wurde Pat. die Vaginafixation vorgeschlagen. Am 20. Juni 1893 wurde die Abrasio, Portioamputation und die Vaginafixation, in der vorher geschilderten Weise, ausgeführt; dabei war es auffallend, dass sich bei Beginn der Operation eine grosse Quantität zähen eiterigen Secrets aus dem Os externum Uteri entleerte; der weitere Verlauf war ein durchaus günstiger, Pat. konnte schon einige Stunden nach der Operation den Urin spontan entleo-

ren und verliess, am 14. Tage nach der Operation, das Bett, die Amputationswunde, wie auch der Querschnitt auf der Portio, waren per primam verheilt. Der Uterus stand bei der Entlassung in anteflectirter Stellung. Leider prolabirten, in einigen Wochen, die Scheidenwände noch mehr, der Ausfluss hörte nicht auf und die Menses wurde noch profuser als vor der Operation. Da noch ausserhalb der Menses starke Blutungen hinzukamen und alle dagegen angewandten Mittel fehlschlugen, Pat. aber dringend nach Abhilfe verlangte, wurde ihr im Einverständniss mit einem Collegen die Uterusexstirpation proponirt. Dieselbe wurde von mir am 12. August ausgeführt. Bei der Untersuchung vor derselben stand der Uterus in normaler Anteflexionsstellung, nur mit der Portio sehr tief. Die Operation selbst war mit den grössten Schwierigkeiten verknüpft, denn es gelang nur mit der grössten Mühe. die vordere Scheidenwand und die Blase vom Uterus abzulösen. Ich musste mit dem Scalpel und der Scheere vorgehen, um die mächtigen Verwachsungen zwischen diesen Gebilden zu durchtrennen. Eine Menge spritzender Gefässe, einige von Stecknadeldicke mussten dabei unterbunden werden. Bei Entfernung der Tuben stellte es sich heraus, dass aus dem Ostium uterinum der rechten Tube die eiterige Absonderung stammte. Hier war das Lumen der Tube so dick, dass man bequem einen Schröderschen Dilatator Nr. 6 in die rechte Tube einführen konnte. Die Tubenschleimhaut war sehr verdickt, die Wand der Tube aber im Verhältniss zur Verdickung der Schleimhaut auffallend weich, ein Umstand, der es erklärt, dass die Tube bei der Untersuchung durch die sehr dicken und straffen Bauchdecken nicht gefühlt worden war. Der Verlauf nach der Operation war ein fieberfreier, Pat. konnte in der dritten Woche geheilt entlassen werden.

Fall III. Fräulein K., Gouvernante in einem Institut in M., 38 Jahre alt, hat 2 Mal geboren, das letzte Mal vor 18 Jahren. Vor 4 Jahren hatte sie einen Abort. Von dieser Zeit her ist sie krank und viel mit Pessaren behandelt worden. Die Regel trat bei ihr mit dem 15. Jahre ein und war bis zum Abort normal, von da ab kommt sie alle 3 Wochen und dauert 8 Tage. Pat. klagt über Kreuzschmerzen während der Regel und ausserhalb derselben, über Schmerzen in der linken Seite, Schwindel, Stuhlverstopfung und Beschwerden beim Uriniren. Die Scheide ist mittelweit, die Portio verdickt und hypertrophisch, der Cervicalcanal klafft, sieht nach vorne; aus demselben entleert sich ein grünlich eitriges Secret. Das Corpus Uteri ist stark vergrössert, das Ballotement desselben schmerzhaft. Es liegt retroflectirt, lässt sich leicht aufrichten, fällt aber nach der Aufrichtung sofort in die retroflectirte Stellung zurück; das Uterus-Cavum misst 9 Ctm. Diagnose: Endometritis, Metritis, Retroflexio Uteri. Da Pat. von einer Ringbehandlung nichts wissen will, wird ihr die Vaginafixation proponirt. Am Ende September 1893 wurde dieselbe nach vorheriger Abrasio ausgeführt. 5 Stunden nach der Operation konnte Pat. spontan Urin entleeren. Am 14. Tage wurde Pat. aus dem Hospital entlassen. Der Schnitt über der Portio war per primam verheilt. Der Uterus stand bei der Entlassung in anteflectirter Stellung und Pat. war frei von allen Beschwerden. Im Sommer 1894 sah ich Pat. wieder. Der Uterus stand jetzt in normaler Anteflexionsstellung und Pat. gab an vollständig gesund zu sein.

Diese 3 Operationen sind, wie schon erwähnt, nach der ursprünglichen Dührssen'schen Methode gemacht worden. Inzwischen erschienen die Veröffentlichungen von Winter, Mackenrodt, Knorre, Steinbüchel, Schauta, Fritsch, Westphal, Küstner und Dührssen und ich entschloss mich beim nächsten Fall typisch nach Dührssen's zweiter Veröffentlichung vorzugehen.

Fall IV. Christine V. aus Riga, 39 Jahre alt, Frau eines Fabrikarbeiters, hat 4 Mal geboren, das letzte Mal vor einem Jahr. Die Geburten waren leicht. Im 2. Monat nach der letzten Geburt traten bei ihr die Regeln ein. Sie sind unregelmässig, sehr stark und dauern 2 Tage. Sie klagt dabei über Schmerzen im Kreuz, Stuhlverstopfung, über Beschwerden beim Urinlassen und Schmerzen im Unterleibe. Es besteht ein alter Dammriss. Die Portio steht sehr tief in der Führungslinie des Beckens, ist gross, hypertrophisch und von weicher Consistenz. Sie trägt eine grosse Erosion. Der Cervicalcanal klafft. Der Uterus ist weich, stark vergrössert, die Sonde misst 11 Ctm., der Uterus liegt retroflectirt. Die Aufrichtung desselben macht keine Schwierigkeiten, doch ist dieselbe schmerzhaft. Diagnose: Verzögerte Involutio Uteri post partum, Endometritis, Retroflexio, Ruptura perinei inveterata. Pat. der die Ringbehandlung resp. die Vaginafixation vorgeschlagen wird, zieht letztere vor und geht freudig auf die Operation ein. Am 18. August 1894 wurde die Abrasio, Vaginafixation und Colporrhaphia posterior bei der Pat. gemacht. Die Vaginafixation wurde in folgender Weise ausgeführt. Nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes durch einen Querschnitt wird die Blase bis zur Ansatzstelle des Peritoneums abgelöst, dann das Peritoneum eröffnet und jetzt der Uterus mit einem starkgebogenen Catheter anteflectirt, um ihn in das Bereich der Schnittwunde zu bringen. Es sollten die provisorischen Nähte angelegt werden, um ihn aus der Oeffnung des Scheidengewölbes herauszuziehen. Bei der starken Anteflexion perforirte der sehr dicke Catheter den Uterus, noch bevor die Naht angelegt war. Es wurde deshalb der Catheter sofort aus dem Uterus entfernt, ein Jodoformgazestreifen in denselben eingeführt und jetzt der Fundus mit einer Kugelzange gefasst, um ihn durch die Oeffnung des vorderen Scheidengewölbes nach vorne zu ziehen. Die Kugelzange reisst aber aus dem weichen Gewebe des Uterus aus. Daher wird der Uterus von einem Assistenten combinirt, vom Mastdarm und den Bauchdecken aus anteflectirt und jetzt gelingt es leicht von der Oeffnung im vorderen Scheidengewölbe aus, ihn zu Tage zu befördern. Vor allen Dingen wird jetzt die Perforationsöffnung in dem Fundus durch 2 Seidenligaturen geschlossen, ebenso werden die Rissstellen, die die Kugelzange seitlich am Fundus gemacht hatte, mit einigen Catgut-Nähten zum Verschluss gebracht und dann der Fundus durch drei definitive Nähte an der oberen Scheidenwand fixirt, Ovarien und Tuben einer Besichtigung unterzogen und, da sie sich als normal erwiesen, zusammen mit dem Uterus in die Bauchhöhle zurückgestülpt. Die Nähte werden jetzt geknüpft, der Querschnitt in der Scheidenwand mit Catgut vernäht und die Colporrhaphia posterior angeschlossen. Im Verlaufe der nächsten Tage hatte die Pat. Temperaturen bis 38° Abends; diese hielten 8 Tage an, um dann zur Norm überzugehen. Urin konnte Pat. 10 Stunden nach der Operation spontan entleeren. In der 4. Woche verliess Pat. das Hospital, nachdem die Colporrhaphia sowohl als auch der Querschnitt auf der Portio per primam geheilt war. Der Uterus lag gut anteflectirt. Am 2. December 1894, stellte sich mir Pat. vor und äusserte ihre Befriedigung über den Erfolg der Operation. Der Uterus stand in normaler Anteflexionsstellung.

Fall V. Frau S. aus Riga, 27 Jahre alt, Frau eines Kaufmanns, seit 7 Jahren verheirathet, hat 3 Mal geboren. Die Geburten waren leicht und erfolgten alle spontan. Die letzte Geburt fand vor 2 Jahren statt. Seit der Zeit leidet Pat. an profusen Menstruationen. Die Regel dauert 6—7 Tage, ist sehr schmerzhaft, besonders in den ersten Tagen. Sie klagt über Fluor, Schmerzen im Unterleibe, die beim Gehen heftiger werden, Müdigkeit, Herzklopfen und Stuhlverstopfung. Es besteht ein alter Dammriss 2. Grades. Die Scheide ist weit, die Portio, wenig verdickt, sieht nach vorne. Der Cervicalcanal klafft, der Uterus ist vergrössert, von harter Consistenz, wie die Portio, liegt retroflectirt und lässt sich schwer aufrichten. Nach rechts hin fühlt man einen deutlichen, nicht sehr dicken Strang, der den Fundus fixirt und in die Retroflexionsstellung herabzieht. Die Adnexe sind vollständig frei. Diagnose: Endometritis, Metritis, Retroflexio Uteri fixata, Ruptura perinei inveterata. Anfangs wurde Pat. einer Massage-Cur und der Ringbehandlung unterzogen, doch bald musste ich von derselben abstehen, da Pat. schon ohnehin im höchsten Grade nervös und in Folge eines, ausserdem bestehenden Ulcus rotundum die Massage nicht vertrug, der Ring aber ohne vorherige Massage den Uterus in Anteflexionsstellung nicht erhielt. Es wurde daher der Pat. die Vaginafixation in Vorschlag gebracht und von ihr sofort acceptirt. Am 16. November 1894 wurde die Abrasio ausgeführt, die Vaginafixation in derselben Weise wie im vorigen Falle gemacht, nur mit dem Unterschiede, dass die Fixationsnähte sowohl den oberen Wundrand, die Uterussubstanz, als auch den unteren Wundrand der Scheide fassten. Die Hervorwölbung des Uterus wurde von einem Assistenten combinirt, vom Rectum und den Bauchdecken aus gemacht. Sie gelang leicht. Zugleich wurde dabei der Fixationsstrang gesprengt. An den hervorgezogenen Ovarien und Tuben wurde nichts Krankhaftes entdeckt, wohl aber am Fundus ein Rest des Stranges. Die Versenkung der Organe durch die Scheidenöffnung gelang leicht. Als Letztes wurde die Anfrischung des Dammes ausgeführt. 10 Stunden nach der Operation konnte Pat. spontan Urin entleeren. Fieber trat nach der Operation nicht auf, wohl aber etwas Bluterbrechen, das aus dem Magen stammte und nach einem strengen diätetischen Regime schwand. 14 Tage nach der Operation verliess Pat. das Bett. Die Schmerzen in der rechten Seite, wie auch beim Gehen waren geschwunden. Die Dammnaht, wie auch der Querschnitt auf der Portio waren per primam verheilt. Der Uterus stand in starker Anteflexionsstellung. In der vierten Woche entfernte ich die Fixationsnähte aus der Scheide. Im Februar 1895 sah ich Pat. zuletzt. Der Uterus hatte sich stark verkleinert, stand in normaler Anteflexionsstellung und Pat. war beschwerdelos.

Unterzieht man nun diese 5 Fälle einer kritischen Betrachtung, so muss zuerst im Falle I ein unzweideutiger Misserfolg constatirt werden. Es ist aber in diesem Falle

entschieden nicht die Methode an dem Misserfolge schuld, sondern muss derselbe der mir noch mangelnden Technik wie auch den, bei diesem Falle ganz besonders zu bekämpfenden Schwierigkeiten zugeschrieben werden. Es war meine erste Vaginafixation, dabei die Enge der Scheide eine ziemlich hochgradige, ferner das Organ ein in seiner Längsaxe auffällig vergrössertes. Betonen möchte ich, dass ich den mir assistirenden Collegen gegenüber die Befürchtung: ich würde mit dieser Operation einen Misserfolg erleben, aussprach. Ich war mir eben bewusst, die Nähte nicht hoch genug angelegt zu haben. Nicht dasselbe gilt von Fall II. Hier wäre der Erfolg nach der Operation hinsichtlich der Lage des Uterus ein vollkommener gewesen, wenn ich im Anschluss an die Vaginafixation eine Verengerung der Scheide gemacht hätte. Ich führte aber die Operation im Privatquartier unter mangelnder Assistenz aus und so gab ich die Scheidenverengerung, als zu lange Zeit in Anspruch nehmend, auf. Es stand daher der Uterus nach der Operation, wie es sich nicht anders erwarten liess, mit der Portio tief, jedoch in anteflectirter Stellung. Dass diese Lage aber eine dauernde gewesen wäre, dafür sprechen die bei der nachfolgenden Exstirpation gefundenen Verwachsungen zwischen der vorderen Scheidenwand, der Blase und der ganzen vorderen Fläche des Uterus. Es war, wie in der Krankengeschichte geschildert, nicht mehr möglich stumpf die Scheidenwand von der Blase und dem Uterus zu trennen. Es gelang nur mit der grössten Mühe, mit Hülfe der Scheere und des Scalpels, und musste dabei eine Menge grosser, spritzender Gefässe unterbunden werden. Ich meine nach dem Geschilderten wohl zu der Annahme berechtigt zu sein, dass die Verwachsungen hier, wo dieselben eine solche Vascularisation erfahren hatten, von Dauer gewesen wären. Es beweist somit dieser Fall, dass zwischen der Scheide und dem Uterus solche feste Adhäsionen nach der Vaginafixation zu Stande kommen können, dass eine Spontanlösung nicht mehr möglich erscheint. Diese Voraussetzung, die uns zur Vaginafixation berechtigt, wird nach der Operation jedenfalls erfüllt, wenn wir zur Fixirung des Fundus als Nahtmaterial die Seide benutzen. Ob es bei anderem Nahtmaterial auch geschieht, wage ich nicht zu entscheiden, meine jedoch, dass die Seide, weil sie zur Adhäsionsbildung reizt, das beste ist. Wenn bei diesem Falle die Blutung und der Ausfluss nicht schwanden, so ist daran der Zustand der Tube schuld. Bei der Dicke und Straffheit der Bauchdecken hatte ich die Tuben nicht durchfühlen können. Auf den ausdrücklichen Wunsch der Kranken führte ich die Uterusexstirpation aus. Kann ich somit diesen Fall auch nicht als Dauererfolg bezeichnen, so ist der 3. gewiss als ein solcher zu nennen, da seit der Operation über ein Jahr vergangen ist, der Uterus aber in anteflectirter Stellung verharrt. Für Fall IV hege ich dieselben Erwartungen, denn jetzt, nach einem halben Jahr, glaube ich ein Zurücksinken der Gebärmutter ausschliessen zu können. Jedenfalls sind diese beiden Frauen, wie auch Fall V, für's Erste von ihren Beschwerden befreit. Im Falle IV und V sind die Operationen nach den neuesten Duehrssen-schen Angaben gemacht worden. Ich begrüsste diese Schilderungen mit grosser Freude, denn ich halte sie für eine wesentliche Bereicherung der Methode der Vaginafixation. Operirt man nach dieser neueren Methode, so braucht man die provisorischen Nähte nicht anzulegen. Man kann den Uterus von dem Mastdarm und den Bauchdecken aus von einem Assistenten anteflectiren lassen und ihn dann durch den Schlitz in der vorderen Scheidenwand ziehen. Mir gelang es, ihn in den beiden letzten Fällen auf diese Weise leicht vor die Oeffnung in der Scheidenwand zu bringen und ihn so dem Gesichte zugänglich zu machen. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass beiden Frauen der Darm gründlich entleert und Ausspülungen desselben mit Borlösung gemacht worden waren. Warnen möchte ich davor, zum Hervorziehen des Uterus die Kugelzange zu benutzen, nachdem ich gesehen, wie leicht die Kugelzange Verletzungen des Uterus hervorruft. Waren diese in meinem Falle auch ungefährlich, so könnte doch leicht mit der scharfen Spitze der Kugelzange ein grösseres Gefäss respective der einmal am Uterus adhärirende Darm in der Tiefe verletzt werden. Eben dasselbe gilt von den Fritsch'schen Kletterhäckchen. Ich glaube nicht, dass sich mit diesen Verletzungen des Uterus, wenn er von sehr weicher Consistenz ist, vermeiden lassen. Als einen weiteren Vortheil der neuen Methode möchte ich noch dieses anführen, dass man bei Ausübung derselben in Stand gesetzt ist, die Nähte unter Leitung des Auges anzulegen, ferner etwaige Fixationsstränge mit dem Paquelin zu durchtrennen und die Tuben und Ovarien einer Besichtigung zu unterziehen. Es müsste leicht gelingen, letztere, wenn sie krankhaft verändert sind, abzutragen, wie auch nicht allzugrosse subseröse Myome unter exacter Blutstillung aus dem Geschwulstbett auszuschälen. Die Fixationsnähte werde ich fernerhin in derselben Weise wie in meinem letzten Falle anlegen. Ich fasste mit der Nadel zuerst den oberen Wundrand der vorderen Scheidenwand, von aussen nach innen die Nadel durchführend, stiess sie durch die vordere Wand des Uterus in sagittaler Richtung in einer Ausdehnung von 1—1½ Ctm. unterhalb des Schnittrandes, von innen nach aussen durchstechend, heraus. Ich halte diese Art der Nahtanlegung für vortheilhafter, als wenn dieselbe nur durch den oberen Wundrand gelegt wird. Es gelingt so die Wundränder exacter an einander zu bringen, da sie eine Unterlage an der vorderen Fläche des Uterus finden, der Fundus wird geradezu von der Scheidenwand umsäumt; die freien Enden liess ich im letzten Falle ziemlich lang, sie gaben bei Entfernung der Nähte eine gute Handhabe, um den Knoten auf der Scheidenwand zu durchtrennen. In meinen drei ersten Fällen habe ich sie am Ende der dritten Woche entfernt. Die Blase liess sich in allen meinen Fällen leicht ablösen. Das Peritoneum habe ich nicht mit der Scheidenwand vernäht. Eine Verkleinerung der hinteren Blasenfläche habe ich nicht geübt. Ich halte diese mit Duehrssen für gefährlich und möchte wissen, ob die Operateure, die sie ausführen, ebenso wenig Störungen von Seiten der Blase zu verzeichnen haben, wie die, welche die Verkleinerung der hinteren Blasenfläche perhorresciren. Sollte es auch der Fall sein, so halte ich sie doch für eine Erschwerung der ohnehin technisch nicht ganz leichten Operation, eine Erschwerung, die, nach Duehrssen's Fällen wie auch den meinen als unnütz bezeichnet werden muss. In all meinen Fällen konnten die Patienten innerhalb kurzer Zeit nach der Operation den Harn spontan entleeren und brauchten kaum catheterisirt zu werden. Eine Abscessbildung habe ich in dem Raum zwischen der vorderen Scheidenwand, Blase und vorderer Uterusfläche nicht entstehen gesehen, meine auch, dass die Entstehung eines todten Raumes bei meiner Nahtanlegung vermieden wird. In meinen Fällen heilten die Schnittwunden auf der Portio ohne Zwischenfall per primam aus. Das Hauptgewicht bei der Operation ist aber auf die Fixirung des Fundus zu legen. Bei meinem Aufenthalt in Berlin war ich bei Ausführung einiger Operationen nach der damaligen Mackenrodt'schen Methode zugegen. Ich möchte hier nur eines Falles, der von Herrn Dr. Winter operirt wurde, Erwähnung thun. Ich ging von dieser Operation mit der Ueberzeugung fort, dass das Resultat derselben ein negatives sein würde. Meine Erwartung bestätigte sich beim Lesen des Winter'schen Artikels im Centralblatt für Gynäkologie. Der Fall gehört zu der ersten Reihe der von Dr. Winter ausgeführten Operationen. Er sowohl als auch Dr. Knorre erlebten so lange Misserfolge, als sie typisch nach Mackenrodt, ich, weil ich atypisch nach Duehrssen operirte. Erst

als das Postulat Duehrssens, den Fundus zu fixiren, erfüllt wurde, konnten günstige Resultate erreicht werden. Die Fixation des Fundus, das ist das Punctum saliens der Vaginafixation, führe man sie nach Duehrssen oder Mackenrodt aus. Wer diesem Postulat nicht nachkommt, wird immer und immer wieder Misserfolge erleben. Dieses betont zu haben, ist das Verdienst Duehrssens und daher gebührt ihm, meiner Ansicht nach, auch das Hauptverdienst bei der Frage der Vaginafixation, nachdem ihm Mackenrodt dieses Verdienst in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin selbst zugesprochen hat. So hat die Technik der Vaginafixation, meiner Ansicht nach, einen Grad erreicht, dass eine weitere Ausbildung der Operationsmethode nicht mehr möglich erscheint. Ob sie sich als Mittel zur Heilung der Retroflexio erweisen wird, wage ich nicht zu entscheiden, glaube aber, dass nach den Resultaten, die von Dührssen, Mackenrodt, Küstner, Fritsch, Knorre, Schauta, Westphal, Steinbüchel und Winter veröffentlicht worden sind, wohl sichere Aussicht dazu vorhanden ist.

Zum Schluss sei es mir gestattet, einigen Einwänden gegenüber, die gegen die Vaginafixation erhoben worden, meine Meinung zu äussern. Der erste Einwand, dem ich oft in privatem Gespräch begegnet bin, ist der, es werde durch die Vaginafixation aus einer pathologischen Lage eine andere geschaffen. Es entsteht also nach ihr eine pathologische Anteflexionsstellung mit nach vorne fixirter Portio. Dieser Einwand scheint mir kein richtiger zu sein. Allerdings muss ich zugeben, dass es für den Augenblick zutrifft, doch habe ich im Laufe einiger Wochen diese Anteflexionsstellung sich ausgleichen gesehen. Schon bei meinem Fall 3 und 4 steht der Uterus in normaler Anteflexionsstellung. Sie ist wohl dadurch zu Stande gekommen, dass durch den Zug, den der Uterus auf die vordere Scheidenwand ausübt, die Anteflexionsstellung, soweit sie pathologisch ist, ausgeglichen wird. Wäre es auch nicht der Fall, so hielte mich diese Stellung nicht ab, die Operation dennoch zu machen. Jedenfalls müsste es durch einen häufig ausgeübten Zug an der Portio, wie Dührssen es schon betont, gelingen, eine etwaige entstandene pathologische Knickung auszugleichen und die Portio mehr nach hinten zu bringen. Ein weit gewichtigerer Einwand, den Sänger gegen die Operation erhoben hat, scheint mir der zu sein, dass die Scheide ein viel zu dehnbares Organ ist, um auf die Dauer das Gewicht des Uterus zu tragen, sie sich also dem Zuge, den der Uterus ausübt, folgend, so ausdehnen könnte, dass der Uterus fixirt bleibt und dennoch retrovertirt liegt. Dieser Einwand kann, meiner Ansicht nach, nur durch die Erfahrung widerlegt werden, ist aber nach den bisherigen ausgeschlossen. Wenigstens habe ich in keiner der Publicationen ein solches Vorkommniss erwähnt gefunden, sondern es hatte sich stets, wenn der Fundus fixirt war, der Uterus entweder in Anteversionsstellung erhalten oder sich von der vorderen Scheidenwand gelöst. Ich bin auch der Ansicht, dass weder der Zug des sich nach der Operation rückbildenden Uterus ein so starker, noch die Elasticität der normalen Scheide eine so grosse ist, dass dieser Zustand eintreten kann. Eine schlaffe Scheide muss aber durch die Colporrhaphie straff gemacht werden. Mein zweiter Fall ist in dieser Beziehung lehrreich. Hier stand der Uterus trotz des Prolapses nach zwei Monaten noch anteflectirt, nur mit der Portio tief. Was zuletzt die Indicationen zur Operation anbetrifft, so bin ich der Ansicht, dass dieselbe auch bei jeder mobilen Retroflexio, wo keine Aussicht auf Heilung durch den Ring vorhanden, gegeben ist. Ausschliessen möchte ich von der Operation alle frischen postpuerperalen Fälle. Ferner meine ich, dass sie auch dort, wo nur geringe Fixationen bestehen, indicirt ist, da es ja mit Hülfe der neuen Dührssen'schen Methode leicht gelingt die Stränge zu durchtrennen. Bei hochgradigen und flächenhaften Fixationen würde ich die Vaginafixation nicht machen. Diese Fälle müssten der Ventrofixation reservirt bleiben. Als letzte Indication möchte ich noch die Fälle bezeichnen, wo ein Prolaps, Lacerationsectropium u. s. w. mit einer Retroflexio combinirt ist.

Literatur.

1. Dührssen: Zeitschrift für Geburtshülfe und Gyn. Verhandlungen der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin. Band XXIV. P. 2.
2. Dührssen: Centralbl. f. Gyn. 1888, № 3 P. 41.
3. Dührssen: Ueber operative Heilung der Retroflexio uteri. Centralbl. f. Gyn. 1892 P. 924.
4. Dührssen: Ueber Vaginafixation ibidem. 1893. P. 681.
5. Dührssen: Archiv für Gynäkologie. 48. Band, erstes Heft.
6. Mackenrodt: Die operative Behandlung der Retroflexio uteri. Deutsche med. Wochenschrift 1892. № 22.
7. Mackenrodt: Zur Therapie der Retroflexio uteri. Centralbl. f. Gyn. 1892. P. 497.
8. Mackenrodt: Zur Technik der Vaginafixation. Ibid. 1893. P. 665.
9. Mackenrodt: Antwort an Herrn Winter. Ibid. 1893. P. 825.
10. Mackenrodt: Berl. klin. Wochenschr. 1894. № 31. Technik der Vaginafixation und Beziehung zu den Resultaten derselben.
11. v. Steinbüchel: Zur Technik der Vag. fix. ut. ibid. 1893. P. 713.
12. Winter: Zur Technik der Vaginafix. uteri. Centralbl. f. G. 1893. P. 625.
13. Winter: Erwiderung an Herrn Mackenrodt, ibid. 1893. P. 738.
14. Knorre: Ueber Vaginafix. Ut. Centralbl. f. Gyn. 1893, P. 77.
15. Esser: Zur Therapie d. Retrofl. ut. Centr. f. Gyn. 1893. P. 692 oder Inauguraldissertation Bonn. 1893.
16. Jacobs: Gyn. Mittheilungen vom diesjähr. franz. Chirurgencongress. Centralblatt für Gynäkologie 1893 p. 571.
17. Orthmann: Eine verstellbare Sondenzange zur Vaginafixation.
18. Centralbl. f Gyn. 1893. P. 1038.
19. Verhandl. der Gesellsch. für Geburtshülfe und Gyn. zu Berlin. Sitzung den 27. October 1893.
20. Centralbl. für Gyn. 1893. P. 1142 und 1145—1150.
21. Verhandlungen der Gesellsch. f. Geburtshilfe u. Gyn. zu Berlin, Sitzung den 23. Oct 1894. Centralbl. f. Gyn. 1894 P. 367. Dührssen über vaginale Laparatomie.
22. Gesellsch. f. Geburtshilfe und Gynäkologie zu Köln am Rh. Centralbl. f. Gyn. 1894. P. 337 (Frank).
23. Verhandl der Gesellschaft f. Geburtshülfe zu New-York. Centralbl. f. Gyn. 1894. P. 589. (Vineberg).
24. Ein Beitrag zur Casuistik der Vaginafixation nach Dührssen u. s. w. von Dr. Westphal. Centralbl. f. Gyn. 1894. P. 969.
25. Ventrofix. und Vaginafix. Fritsch. Med. Wochenschrift 1894. № 1.
26. Westermark: Ueber Vaginafixat. des retroflect. Uterus, Centralbl. f. Gyn. 1894. P. 978.
27. Bericht über die Verhandl. der gynaecol. Sect. der 66. Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Wien (Mackenrodt, Wertheim) Centralbl. für Gyn. 1894, P. 1025.
28. Pichewin: Ueber Hysteropexia vaginal. anterior. Centralbl. f. Gyn. 1894, P. 1119.
29. Sänger: Centralblatt für Gynäkologie 1891. P. 889.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Boas: (Berlin): Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Nach dem heutigen Stande der Wissenschaft bearbeitet. II. Theil. Specielle Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Mit 8 Holzschnitten. Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1895.

Das bereits in weiten Kreisen verbreitete, überall mit Anerkennung aufgenommene Boas'sche Werk liegt uns in der 2. völlig umgearbeiteten Auflage vor, — die erste war bereits wenige Monate nach ihrem Erscheinen vergriffen. Gemäss den neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete der Magenpathologie haben viele Capitel dieses Werkes eine völlige Neubearbeitung erfahren, oder sind vielfach ergänzt worden. Die Capitel über Magenatonie und Erweiterung hat Verfasser zu einem einzigen Capitel verschmolzen mit der Bezeichnung «mechanische Insufficienz des Magens», wobei 2 Grade streng auseinander gehalten werden. Seinerzeit haben wir die Anschauung von Boas über die beiden Grade der mechanischen Insufficienz in unserer Wochenschrift ausführlich referirt. Als ein neues Krankheitsbild finden wir im Abschnitt über Magenneurosen «die schmerzhafte Mageuleere» eingeführt.

Das Werk trägt auch in dieser Auflage in erster Linie den Bedürfnissen der Praxis Rechnung und verdient gewiss die beste Aufnahme und ausgedehnteste Verbreitung. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche.

Abelmann.

Oskar Hovorka, Edl. v. Zderas. Die äussere Nase. Eine anatomisch-anthropologische Studie. Wien. Alfred Hölder. 154 Seiten.

Eine äusserst fleissige Arbeit, in der alles Wissenswerthe in diesem Gebiete mit einer Genauigkeit bearbeitet ist, die im anatomischen Theile sogar ermüdend wirkt. Es genügt zum Beweise für die Ausführlichkeit nur das Inhaltsverzeichniss in Kürze anzuführen. Wir finden: Einleitung (Linguistisches, Phraseologie, Gesten, Werth der Nase, Symbolik). I. Anatomie der Nase. 1. Knochen (Nasenbeine, Nähte, Varietäten, Stirnbein, Stirnhöhlen, Oberkiefer, Apertura pyriformis allein auf 32 grossen Seiten). 2. Knorpel. 3. Musculatur, 4. Gefässe, 5. Nerven, Physiologisches über die äussere Nase. II. Morphologie der Nase. Darstellungs- und Untersuchungsmethoden. Orientirung der Nase. Die einzelnen Theile der Nase, Bedingungen für das Entstehen der äusseren Nasenform. Classification der Nasen. Gerade Nase. Gebogene Nase. Vertiefte Nase. Hier wäre vielleicht von Interesse die «paradox» klingende Thatsache zu erwähnen, «dass ungeachtet der Häufigkeit der gebogenen Nasenform bei Juden ein Typus der «jüdischen Nase» als noch nicht festgestellt zu betrachten ist; die sonst darunter gemeinte Form scheint sogar nicht einmal semitischen Ursprunges zu sein und vielleicht auf nichtsemitische Beimischungen zurückgeführt werden zu müssen.» Es folgt III. Anthropologie der Nase. (Allgemeines. Nase der Thiere, Veränderlichkeit der Nase desselben Individuums. Aeussere Einflüsse, Einfluss der Rasse. Nase der Verbrecher und Irren) und IV Pathologie der Nase. (Processe welche die Gestalt der äusseren Nase betreffen: Missbildungen, schiefe Nase, patholog. Processe, künstliche Deformation).

Das Buch ist nicht allein für Anatomen und Anthropologen geschrieben, sondern auch «für weitere Kreise, besonders für Künstler, ja auch Laien» berechnet.

Neumann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

586. Sitzung am 28. Februar 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär W. Beckmann.

1. Herr Wanach berichtet über folgenden von ihm behandelten Fall.

Gustav G., 15 a. n., wird am 3. Januar 1895 in das städtische Peter-Paulshospital aufgenommen. Pat. erkrankte vor 7 Tagen an Stuhlverstopfung und Schmerzen in der Cöcalgegend. In den letzten Tagen wurde der Leib aufgetrieben und die Schmerzen verbreiteten sich über die ganze rechte Bauchhälfte. Status praesens. Pat. ist schwer leidend, Puls beschleunigt und klein. Die ganze rechte Bauchhälfte stark aufgetrieben, sehr schmerzhaft, der Percussionsschall gedämpft. Linke Bauchseite nicht verändert. Starker Druckschmerz in der Lebergegend, namentlich in den Intercostalräumen. Die rechte Brust- und Bauchseite macht die Athembewegungen fast garnicht mit. Diagnose: Peritonitis in Folge von Perforation des Processus vermiformis. Operation in ganz oberflächlicher Narkose. Nach Eröffnung der Bauchhöhle mittelst eines parallel dem Poupart'schen Bande geführten Schnittes entleert sich eine bedeutende Menge dünnflüssigen, mit Flocken untermischten Eiters von penetrantem, an Buttersäure (nicht Koth) erinnerndem Gestank. Ziemlich frei im Eiter wird das verdickte Ende des im Uebrigen gangränösen Wurmfortsatzes gefunden. Die unter einander verklebten Darmschlingen werden bis zur untern Leberfläche und bis zur Mittellinie hin vorsichtig gelöst; überall quillt zwischen ihnen reichlicher Eiter hervor. Ausgiebige Tamponade. Besserung des Allgemeinzustandes, nur bleibt die starke Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend bestehen, die Temperatur schwankt zwischen 38,0 und 39,0°. Am 6. Januar wird folgender Status aufgenommen: Leib wenig empfindlich und weich. Obere Lebergrenze in der Mamillarlinie an der 4., in der Axillarlinie an der 5. Rippe, in der Scapularlinie 3 Querfinger unter dem Angulus scapulae. Vorn findet sich an einer etwa kartenblattgrossen Stelle an der obern Grenze der Dämpfung exquisit metallisch-tympanitischer Percussionsschall, der sich scharf vom Lungenschall abgrenzt. Lungen normal. Probepunction im 6. Intercostalraum in der Axillarlinie ergiebt Eiter. Diagnose: lufthaltiger subphrenischer Abscess. Resection der 7. Rippe. Pleura costalis und Pleura diaphragmatica verklebt. Nach Durchtrennung des Diaphragma entleert sich ca. 1 Liter Eiter von derselben durch grosse Quantität, Dünnflüssigkeit, Farbe und Geruch ausgezeichneten Beschaffenheit wie bei der Laparotomie. Bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes. Die Temperatur wird aber nicht normal. Am 11. Januar wird ein Abscess unterhalb des rechten Rippenbogens, unter dem obern Ende des Musc. rectus abdominis entdeckt und eröffnet. Auch hier entleert sich Eiter von der geschilderten Beschaffenheit. Die kindskopfgrosse Abscesshöhle liegt zwischen unterer Leberfläche, Colon, das stark nach unten und innen verdrängt ist und Bauchwand. Von da an stetige Besserung. Die Wunden heilen per granulationem und Pat. wird genesen vorgestellt.

Nach einer Zusammenstellung von Nowack (1891) waren von 78 subphrenischen Abscessen 8 im Anschluss an «Typhlitis» entstanden. — Nach der Theorie von Leyden entstehen die lufthaltigen subphrenischen Abscesse nach Perforation des Magens oder Darms (die häufigste Aetiologie!) so, dass eine, Infectionskeime mit sich führende Gasblase, physikalischen Gesetzen folgend, an den höchsten Ort der Bauchhöhle — die Zwerchfellkuppe — aufsteigt und dort Eiterung hervorruft. Diese Erklärung erscheint W., wenigstens bei weit vom Zwerchfell erfolgter Perforation, gezwungen, da man sich schwer vorstellen kann, wodurch eine unter nicht sehr hohem Druck stehende Gasblase zwischen den eng an einander liegenden Darmschlingen auf grössere Entfernungen hin getrieben werden sollte, dabei noch immer Infectionsstoffe mit sich führend. Im referirten Fall wenigstens liegt es wohl viel näher, an ein continuirliches Fortschreiten der Eiterung längs dem Colon ascendens bis zur Leber und von da auf die obere Leberfläche zu denken. Die Gasentwickelung dürfte durch gasbildende Mikroorganismen stattgefunden haben. Leider ist der Eiter, der sich durch Quantität. Farbe, Geruch, Dünnflüssigkeit und Beimischung von feinen Flocken sehr scharf charakterisirte, nicht bakteriologisch untersucht worden.

Herr Wladimirow: Der Umstand, dass in diesem Falle in allen Abscessen gleicher Eiter gefunden wurde, spricht dafür, dass die Eiterungen von einer bestimmten Bacterienart hervorgerufen wurde. Der Eiter war ausserdem noch charakterisirt durch einen ganz bestimmten Geruch. Wahrscheinlich war der Eitererreger im Eiter fast in Reincultur vorhanden. Da nach den neueren Forschungen fast jeder Mikroorganismus gelegentlich Eiterung erregen kann erscheint die bakteriologische Untersuchung ähnlicher Fälle besonders wünschenswerth. Im mitgetheilten Falle muss es ein verhältnissmässig gutartiger Mikroorganismus gewesen sein, welcher nur geringe Intoxicationserscheinungen zustande brachte.

Herr Wanach schliesst sich der Meinung Wl., dass alle Abscesse durch eine Bacterienart hervorgerufen wurden, an. Der Eiter aller Abscesse hatte genau die gleiche Beschaffenheit.

2. Herr Tiling demonstrirt einen Pat. nach erfolgreich ausgeführter Gastrostomie. Der Pat. ist nach der Methode von Sabanejew operirt worden. Im allgemeinen übt Vortragender die Anlegung einer künstlichen Magenfistel noch nach älteren Methoden. Der Verschluss der Fistel wird für gewöhnlich dadurch erreicht, dass in dieselbe ein etwas dickeres Rohr eingeführt wird, welches dabei etwas eingeklemmt wird. Beginnt das Rohr schlecht zu halten, so werden allmählich dickereNummern eingelegt. Einer Erweiterung der Fistel tritt man dadurch entgegen, dass man dieselbe eine Zeitlang ohne Drain lässt, dadurch erreicht man eine Schrumpfung der Fistel und kann wieder dünnere Röhren einführen. Bei der Sabanejew'schen Methode wird der Schnitt auf dem Rippenrande geführt ein Magenzipfel hervorgezogen und unter den unterminirten Weichtheilen auf dem Brustkorb selbst durchgezogen durch einen zweiten Schnitt der dem ersten parallel angelegt wird. Auf diese Weise bekommt man einen winkligen Gang, dessen einer Theil auf dem

Brustkorbe liegt. Dieser kann eventuell mit einer Pelotte festgedrückt werden. Diese Methode eignet sich nicht für die Fälle, wo die Pat. schon gehungert haben, da bei diesen der Magen so geschrumpft ist, dass sich kein Zipfel vorziehen lässt oder es müssten die Aa. coronaria sup. oder infer. in die Wunde vorgezogen werden, was zu lebensgefährlichen Blutungen führen kann. Zum ersten Mal operirte T. nach dieser Methode im Herbst 1894. Der Magen war klein. Die Weichtheilbrücke wurde etwa 3 Ctm. breit angelegt. Nach kurzer Zeit zog aber der Magen die Bauchdecken herein, so dass ein senkrechter Gang in denselben führte. In dem vorgestellten Falle ist das Operationsresultat ein sehr gutes. Der Pat. konnte noch Flüssigkeiten schlucken als er zur Operation kam. Die Magenfistel schliesst vollständig (Demonstration).

Herr Tiling demonstrirt ferner einen Kranken, bei welchem er eine Darmfistel angelegt, wobei der Kanal gleichfalls unter einer Weichtheilbrücke durch angelegt wurde. Der Schnitt wurde am Darmbeinkamm geführt, ihm parallel ein zweiterweiter lateralwärts. Die Operation ist analog der Sabanejew'schen Gastrostomie. Witzel hat zuerst vorgeschlagen so bei der Colostomie zu verfahren ohne selbst die Operation ausgeführt zu haben. Die Ausführung ist leichter, weil der Darm ohne Hinderniss vorgezogen werden kann. Der demonstrirte Pat. ist am 6. December 1894 operirt. Da er Neigung zu Verstopfung hat, trägt er kein Bruchband, ohne dass es zum Abfluss von Darminhalt käme.

Herr Dombrowski giebt an, dass mehrere hiesige Chirurgen die Sabanejew'sche Operation aufgegeben haben, da sie Gangrän des Magenzipfels beobachtet hatten. Die Witzel'sche Methode der Gastrostomie verbraucht weniger von der Magenwand und ist deshalb der Sabanejew'schen vorzuziehen.

Herr Wulff giebt an, dass ein Eall im Obuchowhospital nach der Sabanejew'schen Methode operirt wurde. Operation und weiterer Verlauf waren gut aber am 6. oder 7. Tage trat Gangrän der Magenwand ein, welche zuletzt die Vortheile dieser Methode zu nichte machte.

Herr Wanach spricht sich für die Witzel'sche Methode der Gastrostomie aus. Im Peter-Paulhospital sind von ihm 4--5 Fälle nach dieser Methode operirt worden. Die Fisteln blieben 1½—2 Monate, so lange die Pat. im Hospital beobachtet werden konnten, sufficient. Misserfolge nach der Witzel'schen Methode sind nicht publicirt worden. Der Kanal kürzt sich mit der Zeit. doch bildet sich eine Schleimhautklappe aus, die als ventilartiger Verschluss dient. Die nach Sabanejew benannte Operation ist unabhängig von diesem Autor gleichzeitig von Frank angegeben und ausgeführt worden.

3. Herr Kroug demonstrirt einen Pat. mit einer Beschäftigungsneurose, der an Krämpfen im rechten Sterno-Cleidomastoideus litt. Der Pat., ein Schriftsetzer, ist vor einem Jahre von Herrn Kallmeyer dem Verein vorgestellt worden Damals wurde auch auf die nachweisbare chronische Bleivergiftung als aetiologisches Moment hingewiesen. Pat. ist jetzt genesen, trotzdem er seine Beschäftigung weiter fortgesetzt hat. Noch vor einem Jahr war ein deutlicher Unterschied in der Stärke der beiden Sterno-Cleido-Mastoidei zu constatiren, jetzt hat sich dieser Unterschied schon vollständig ausgeglichen. Die Behandlung bestand in Faradisation des linken Sterno-Cleido-Mastoideus, Tragen eines Apparates, durch welchen der Kopf gestützt wurde und Verabreichung von Brompräparaten und Jodeisen. Pat. wurde ausserdem angewiesen das Manuscript rechts zu halten.

Herr Masing erinnert daran, dass er vor Jahren einen Pat. dem Verein vorgestellt habe, den er durch Anlegen eines Gypsverbandes von hartnäckigen Krämpfen im Sterno-Cleido-Mastoideus geheilt hat. Der in Chloroformnarkose angelegte Gypsverband reichte weit herab auf die Brust und nach oben bis zum Hinterkopf. Nach 4 Wochen wurde der Verband entfernt und schien der Pat. genesen; doch schon nach einigen Tagen zeigten sich kleine Krämpfe. Der von neuem angelegte Leder-Schienenverband wurde nun fast ein Jahr lang getragen und derselbe ganz allmählich verkleinert durch Wegschneiden vom oberen und unteren Rande. Jetzt sind 12 Jahre vergangen und der Pat. ist ganz gesund.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis 27. Mai 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
332	266	598	131	62	86	11	10	26	56	51	54	39	40	21	7	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 8, Scharlach 14, Diphtherie 11, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 27, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 2, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 94, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 48, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 69, Todtgeborene 31.

Königliches Bad Oeynhausen.

Station der Linie Berlin-Köln und Löhne-Hildesheim.

Thermal- und Soolbäder. Saison vom 15. Mai bis Ende September. Winterbad vom 1. October bis Mitte Mai. Molken- u. Milchkur-Anstalt. Allgemeine Wasserleitung u. Schwemmkanalisation. Prospecte u. Beschreibung übersendet frei die Königliche Bade-Verwaltung. (66) 3—1

Die Münchener Patent-Universal-Stuhlfabrik von Schöberl



empfiehlt den Herren Aerzten directe Lieferung ihres weltbekannten, dem Patent-Universalstuhl analogen, speciell für Operations- und gynäkolog. Zwecke construirten

Operationsstuhles,

welcher in alle Lagen verstellbar, als Tisch, Stuhl etc. verwendbar, v. H. Geh.-Rath **Dr. Ritter von Nussbaum** und vielen anderen Coryphäen d. Chir. rühml. empfohlen ist

J. Schöberl, Fabrikant, herzogl. bayr. und grossherzgl. bad. Hoflieferant, München.

Auf Wunsch illustr. Preiscourant gratis und franco. (52) 4—2

Das Handelshaus
ALEXANDER WENZEL

St.-Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Drogueisten, Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДЕПО ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ

Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen.

Kopf und Zahnbürsten, Guttapercha und Hornkämme. Zubehör für Massage. Pulver ohne Geruch von Satow für Desodorationen und Gruben-Ausscharren. Waterclosets u. m. Andere.

Illustrirte Preiscourante werden gratis zugesandt. (130) 12—1

Unterkunft billig. | Saisonbeginn 1. Mai.

Das steirische Gastein,

österreichische Südbahnstation (mit Eilzug von Wien $8^1/_2$, von Triest 6 Stunden). **Kräftigste Akrathotherme 30 bis 31° R.,** ähnlich Gastein, Pfäffers, Wildbad und Töplitz. Subalpines, herrliches Klima. Badearzt: Sanitätsrath und Operateur **Dr. H. Mayerhofer.** (Vom 1. October bis 1. Mai in Wien, Stadt, Krugerstrasse 13). **Prospecte gratis durch die Bade-Direction.**

RÖMERBAD.

(71) 2—1

OSTSEEBAD SASSNITZ.

Aufenthalt Ihrer Majestät der Deutschen Kaiserin i. J. 1890.

Aeltester und renomirtester Badeort auf der Insel Rügen. Herrliche Buchenwaldungen — geschützt gegen Nord- und Ostwinde. Tägliche Dampfer-Verbindung mit Stettin. Viermal wöchentlich Dampferverbindung mit Kopenhagen. Eisenbahn-, Post- und Telegraphenstation. Prospecte gratis. Weitere Auskunft ertheilt bereitwilligst

die Badeverwaltung.

(46) 7—3

Dr. C. Dapper's Sanatorium **„Neues Kurhaus"** Kissingen.

Für Magen- und Darmkrankheiten, Diabetes, Gicht, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Neurasthenie. Das ganze Jahr geöffnet. Prospecte. **Dr. C. Dapper, Kissingen.**

Moorbäder im Hause!

MATTONI'S MOOR-EXTRACTE ZU BÄDERN

MOOR-SALZ · MOOR-LAUGE

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Kilo.	Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Kilo.

Heinrich Mattoni,

Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Niederlage in St. Petersburg bei

Stoll & Schmidt. (18) 26—7

Antwerpen 1894 Goldene Medaille.

ADEPS LANAE

Marke «N. W. K.»

Reines neutrales Wollfett.

In der Praxis vorzüglich bewährte Salbengrundlage,

dargestellt von der Norddeutschen Wollkämmerei u. Kammgarnspinnerei-Chem.-Abtheil.

Delmenhorst i. O. **BREMEN.** Neudek i. Böhmen.

Auf Wunsch stehen **Gutachten, Abhandlungen und Brochüren** über in den verschiedensten Krankheitsfällen angestellte Versuche, sowie **Receptformeln und Proben** zu eigenen Versuchen **gratis und franco** zur Verfügung.

Lager in Packungen à 1 Ko. in Petersburg, Moskau, Reval und Riga.

Gefl. Anfragen zu richten an den Generalverkäufer

Emil de Nevè Nachf., Berlin N. (70) 10—3

KAISERHOF,
Bad Nauheim.

Hôtel I. Ranges, mit allem Comfort. Hydraulischer Personenaufzug. Am Park und nächst den Badehäusern gelegen.

(63) 2—1 **Ludwig Theobald,** Besitzer.

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS

GR^DE-GRILLE

HOPITAL

VICHY

Avoir soin de désigner la Source

Dr. med. C. Beste **Bad Nauheim.**

Дозв. ценз. Спб. 2 Іюня 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü; ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, 10. (22.) Juni 1895

Inhalt: Dr. Voss (Riga): Ueber Fremdkörper im Ohr und die Folgen von Extractionsversuchen. — Dr. med. H. Baron Krüdener: Ueber meine augenärztliche Thätigkeit in der Stadt Krasnyi vom 1. Juni bis zum 8. August 1894. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber Fremdkörper im Ohr und die Folgen von Extractionsversuchen *).

Von
Dr. Voss (Riga).

M. H.! Im Lauf der Jahre habe ich Gelegenheit gehabt eine ganze Anzahl von Fremdkörpern im Ohr zu beobachten und zu extrahiren. Wenngleich Kinder wohl den grössten Procentsatz bilden, so finden sich doch bei Erwachsenen eine Menge von Dingen im Ohr, die zum Theil durch Zufall hineingerathen sind, zum Theil zu Kurzwecken von den Patienten in's Ohr gebracht wurden. Wattestückchen, rein oder mit Medicamenten getränkt, Kräuter, frisch und getrocknet, Knoblauch-, Aloestückchen, Bernsteinfragmente gehören zur letzten Gruppe.

Todte, auch lebende Schaben und Fliegen bilden manchmal einen kleinen Friedhof im Ohr.

Perlen, Knöpfe, Schnürösen, Weidenkätzchen, Papierkugeln, Zündhütchen, Holzstückchen, Steinchen, Erbsen, Bohnen, kurz alles was ein Kind zur Hand bekommt und was die entsprechende Grösse hat. fand ich auch im Ohr. Das sind Ihnen ganz geläufige Dinge. Wenn ich Sie nun heute um die Erlaubniss bat, dieses Thema anzuschlagen, so bietet folgender Fall dazu die Veranlassung.

Die kleine 5-jährige H. B. hat sich am 7. März dieses Jahres ein Johannisbrodkorn ins rechte Ohr gesteckt. Nach Angabe der begleitenden Mutter war der Fremdkörper im Eingange zu sehen und verschwunden in der Tiefe, als vier Collegen Extractionsversuche gemacht hatten. Ich muss dieser Angabe wohl Glauben schenken, weil sie sich mit grösster Regelmässigkeit in allen solchen Fällen wiederholt. Die Versuche zur Entfernung bestanden in Ausspritzungen und als diese nicht zum Ziele führten, in Anwendung der Pincette, wieder Ausspritzungen etc. Ob das Ohr geflossen ist, weiss die Mutter nicht anzugeben, da die Ausspritzungen täglich ausgeführt worden sind. Am 10. März kam das Kind zur Stadt. Die Untersuchung in Narcose ergab, dass der Fremdkörper in die Paukenhöhle fest eingetrieben, der knöcherne Gehörgang seiner Bekleidung vollständig entblösst war. Dünnes, blutig seröses Exsudat in geringer Menge im Gehörgange, Klagen über Schmerzen im Ohr. Als sich erwies, dass kein Haken den Fremdkörper fasste, jeder riss aus, wurde der Mutter sofort die operative Entfernung vorgeschlagen. Erst am nächsten Tage überbrachte sie das Kind der Anstalt. Die sofort gemessene Temperatur betrug 39,0. Klagen über Kopfschmerzen und Schmerzen in der Tiefe des Ohres. In die Operation willigte die Mutter erst am 12. März Morgens. Mit halbmondförmigem Schnitt wurde die Ohrmuschel umschnitten, das Periost um den knöchernen Meatus durchtrennt und zurückgeschoben. Eine Durchtrennung des Gehörganges war nicht mehr nöthig, da er sich infolge seiner ringförmigen Verletzung von selbst in toto heraushob. Nur wenige Schichten der hinteren Gehörgangswand brauchten mit dem Meissel abgetragen zu werden, dann liess sich der gequollene Kern entfernen. Jetzt erst liess sich die Verletzung übersehen: ca. ein Drittheil bis die Hälfte des Trommelfells fehlte vorn und unten, der Hammer war fracturirt. wenn nicht auch luxirt. Wie es mit dem Steigbügel aussah, entzog sich der Beobachtung. Die Schleimhaut der Trommelhöhle eitrig gesprenkelt. Naht — Jodoformgaze, Verband. Die Temperatur sank nach der Operation nicht, das Kind wurde somnolent, comatös, Krämpfe stellten sich ein und am 14. März trat der Tod ein.

M. H.! Der Tod dieses Kindes ist nicht Folge des Fremdkörpers, sondern der nicht sachgemässen Entfernungsversuche. Nicht blos in der specialistischen Litteratur, sondern auch in der allgemein medicinischen Presse wiederholt sich von Zeit zu Zeit die Warnung vor solchen Experimenten, weil sie schon Menschenleben gekostet haben.

Kiesselbach stellt im Handbuch der Ohrenheilkunde von Schwartze (Bd. II pag. 567) die bis 1891 incl. bekannt gewordenen Todesfälle zusammen, wobei er die wohl richtige Vermuthung ausspricht, dass gewiss nur ein sehr kleiner Theil derselben bekannt geworden, meist nur solche, bei welchen die Behandlung später in andere Hände überging. Trotzdem kann er schon 13 Fälle aufzählen, der vorhin referirte dazu, sind es 14. 6 dieser sind Johannisbrodkerne, eine gewiss zu beachtende Thatsache. Ich habe nur 2 solcher zu beobachten Gelegenheit gehabt, aber auch der zweite war in die Trommelhöhle hineingeschoben, auch hier war der knöcherne Gehörgang völlig entblösst und ausserdem die Knorpel des knorpeligen zerstört. Hier gelang die Extraction stückweise, aber erst im Laufe von 5—6 Tagen. Patient,

*) Vortrag, gehalten in der Gesellsch. prakt. Aerzte zu Riga.

ein 6-jähriger Knabe, hat keine Meningitis bekommen. das Gehör auf diesem Ohr hat aber beträchtlich gelitten. Die Prognose verschlechtert sich mit der Zunahme der fruchtlosen Versuche. Nun sind aus der Litteratur eine Menge von Beispielen bekannt, wo Fremdkörper jahrelang im Ohr getragen worden sind ohne irgend welche Beschwerden, ja überhaupt Erscheinungen gemacht zu haben. Erbsen haben 7, 10 ja 20 Jahre im Ohr gelegen (Rigolot, Schneider, Hechelmann), eine Rosenkranz-Koralle gar 45 Jahre (Rau). In manchen Fällen wissen die Kranken garnicht, dass sie einen Gegenstand im Ohr haben. Jedenfalls zeigt diese doch ganz bekannte Thatsache, dass man es mit den Versuchen zur Entfernung nicht so unbedingt eilig hat. Die Tagereise bis zur Stadt hätte das Kind ohne Schaden machen können, als der Johannisbrodkern noch unberührt war. Vielleicht ist aber das Factum. dass Fremdkörper ohne Schaden lange im Ohr liegen bleiben können, falls sie nicht durch scharfe Spitzen oder ähnliches reizend auf den Gehörgang oder das Trommelfell wirken, doch nicht so bekannt, wie ich oben vorausgesetzt habe.

Der Satz ist jedenfalls bekannter, dass auch für den Ohrenarzt das wichtigste Instrument zur Entfernung die Spritze ist. Eine Zusammenstellung aus der Halleschen Klinik ergiebt, dass 80% aller dort zur Beobachtung gelangten Fremdkörper durch Ausspritzen sich herausschaffen liessen. (Sperber. Arch. f. O. Bd. 34 pag. 101). Und doch hat auch dieses Instrument seine Gefahren und Contraindicationen. Vor allem darf die Spitze der Spritze den Fremdkörper nicht weiter in die Tiefe treiben. Ist ein Kind unruhig oder ungeberdig, so nehme ich lieber die Narcose zu Hilfe, als obiges zu riskiren. Dann aber sind quellbare Gegenstände kein Object für die gewöhnliche Ausspritzung mit Wasser. Misslingt der Versuch, so muss wenigstens die nachträgliche Quellung vermieden werden. Darum ist als Flüssigkeit für solche Körper Oel oder Alkohol angegeben worden.

Als ungeeigneteste, ja gefährlichste Instrumente gelten Pincetten und Kornzangen, speciell für runde, glatte und harte Körper. Die Betrachtung beistehender Figur zeigt in allerdings übertriebener Weise die irrationelle Wirkung der Pincette. Ich reiche Ihnen hier eine ganze Sammlung solch unbrauchbarer Hilfsmittel umher, darunter eines von historischem Interesse, nämlich eine kleine geburtshilfliche Zange fürs Ohr.



Ein richtig construirtes Instrument muss, wie die Spritze, von innen nach aussen wirken, muss seinen Angriffspunkt am Fremdkörper trommelfellwärts suchen. Die Spritze wirkt in der Weise, dass das Wasser den Raum zwischen Trommelfell und Fremdkörper ausfüllt, dass dann hier Ueberdruck eintritt, welcher von innen wirkend den Körper nach aussen treibt. Nach diesem Princip wirksame Instrumente sind nur hebel- oder häkchenförmige. Sie werden tangential am Fremdkörper vorbeigeführt, dann radiär gestellt, greifen den Feind von hinten an und hebeln ihn so heraus. Auf diese Weise werden Sie eher zum Ziele kommen und weniger Schaden anrichten.

Ueber meine augenärztliche Thätigkeit in der Stadt Krasnyj vom 1. Juni bis zum 8. August 1894.

Dr med. H. Baron Krüdener.

Das segensreiche Wirken des Blindencuratoriums der Kaiserin Maria Alexandrowna durch die sog. fliegenden Colonnen ist hinlänglich bekannt, und detaillirte Berichte beweisen durch Zahlen, welche sowohl auf Krankenstatistiken wie operative Hilfeleistungen Bezug nehmen, wie enorm der Nutzen dieser Einrichtung, speciell für die arme Bevölkerung ist. Ausser auf die directe Nutzwirkung, ist auch vielfach auf das Zusammenwirken der Landschaftsärzte mit den Augenspecialisten hingewiesen worden, und dieses mit vollem Recht. Wie der Specialist an einem so wunderbar reichen Material tagtäglich neue Erfahrungen sammelt und Neues zu sehen Gelegenheit hat, begiebt sich der Landschaftsarzt auf ein von ihm bis dahin wenig betretenes Gebiet und die Gelegenheit ermuthigt ihn dazu, Behandlungs- und Operationsverfahren zu prüfen, welche ihm bis dahin fern lagen. Bei der grossen Verschiedenartigkeit der Verhältnisse, unter denen die im Dienste des Curatoriums stehenden Augenärzte arbeiten, ist die Aufstellung eines einheitlichen Regime besonders grossen Schwierigkeiten unterworfen. Von all diesen Gesichtspunkten aus ist es daher interessant die Umstände kennen zu lernen, unter denen hier gearbeitet worden ist und wie der Einzelne namentlich die diesbezüglichen practisch-ärztlichen Fragen zu lösen versucht hat.

Mir war der Kreis Krasnyj im Gouvernement Smolensk zugewiesen worden und war der Plan der Landschaftsverwaltung eigentlich der, die Kranken sich um bestimmte Zeiten an etwa 3 Puncten sammeln zu lassen, welche etwa 35 Werst von einander entfernt lagen; dann sollte an jeder dieser Stationen die ärztliche Thätigkeit etwa 3 Wochen lang ausgeübt werden. Abgesehen jedoch davon, dass nicht an all diesen Oertlichkeiten die nöthigen Räumlichkeiten und Krankenbetten beschafft werden konnten und das Transportiren von Instrumenten und Medicamenten sehr unbequem gewesen wäre, stieg das Krankenmaterial in der Stadt Krasnyj zu einer derartigen Höhe, dass ich von einem Besuchen anderer Orte willig Abstand nahm.

Auch mit dem Gedanken, bei einem derartigen Wandern mehrmals genöthigt zu sein, soeben operirte Kranke im Stich zu lassen und sie der Pflege eines in dieser Beziehung wenig geschulten Arzt- oder Dienstpersonals anzuvertrauen, konnte ich mich von vorneherein nicht befreunden. Zudem war mir in Krasnyj selbst durch die grosse Liebenswürdigkeit des Herrn Präsidenten der Landschaft J. W. Petschkowski der Krankenempfang, wie die stationäre Behandlung in jeder Beziehung so bequem wie nur möglich gemacht. Die Landschafts-Verwaltung nahm sich in der sorgsamsten und munificentesten Weise der Kranken an. Die Verpflegung der stationären Patienten erfolgte gratis. Zu Zeiten waren bis 60 Betten besetzt. Es waren vollkommen zu meiner Disposition gestellt 4 Krankenzimmer, ferner ein Schauer, in dem die weit angereisten Patienten übernachten konnten; auch leichte operative Fälle fanden hier ein Unterkommen; ferner standen mir zur Verfügung ein Untersuchungs- und Empfangszimmer und ein sauberer schön belichteter Operationsraum. Ich fand bei meiner Thätigkeit die denkbar angenehmste Unterstützung. Herr Kreisarzt Dr. Romankewitsch widmete meinen Patienten seine gesammte freie Zeit (etwa 6—8 Stunden täglich) und assistirte mir bei sämmtlichen Operationen. Auch der Landschaftsarzt Dr. A. Lawrow widmete einen Theil seiner Zeit der Behandlung von Augenkranken. Im Uebrigen standen mir 1—2 Feldschere und eine Feldscherin, sowie ein Diener zu beständiger Disposition.

Der Gang meiner Thätigkeit war etwa folgender: Die Morgenstunden wurden zum Operiren benutzt; hiernach folgte die Visite in den Krankenzimmern und das Wechseln der Verbände. Um etwa 10 Uhr begann dann der Krankenempfang. Der Feldscher stand vor dem Empfangsraum und notirte kurz auf dazu gedruckten Formularen Alter, Stand und Geschlecht der Kranken, sowie Entfernung des Wohnortes von Krasnyj. (Sämmtliche Kranke wurden noch ausserdem mit kurzer Angabe über Behandlung, Operation etc. in die Journale des Spitals eingetragen). Ich rief dann die Einzelnen vor, trug die Diagnose ein, worauf dann der Patient entweder auf die Station aufgenommen wurde oder zu eventueller Opera-

tion resp. täglicher Behandlung wiederbestellt wurde. Im Uebrigen erhielten die Leute gleich nach der Untersuchung die nöthigen Medicamente, welche schon alle fertig präparirt im Empfangsraum standen. Ich lasse nunmehr das Verzeichniss der Krankheitsfälle folgen.

Trachoma conjunctivae	625
» » et corneae (Pannus)	292
» » corneae et Trichiasis	405
» » et Trichiasis sine panno	5
Pannus crassus totalis corneae	25
Phthisis bulbi (causa trachoma)	26
Conjunctivitis et Keratitis phlyctaen.	196
» chronica, subacuta, acuta epidem.	197
Sugillatio conjunctivae	2
Entropium	16
Pterygium	7
Blepharitis	67
Abscessus palpebr.	4
Blennorrhoe neonat.	6
» acut. adult.	9
» chronica	19
Hordeolum	6
Keratitis parenchymatosa	5
» superficialis (verschiedene nicht phlyctaenuläre Formen)	10
Keratitis dendritica	1
Leucoma corneae	55
» adhärens	128
Nubeculae et maculae corneae	55
Trauma corneae	5
Ulcus corneae	27
» serpens	18
Phthisis bulbi ex ulcere	19
Keratoconus	1
Corpus alienum	4
Staphyloma corneae	23
Scleritis	1
Iritis acuta	4
Iridocyclitis	6
Occlusio et seclusio pupill.	12
Glaucoma acut.	3
» absolut.	9
» chronicum.	12
» secundarium	3
» simplex	5
Hydrophthalmus	6
Cataract (verschied. Formen)	87
Secundärcataract	12
Luxatio lentis cong	1
Presbyopie	17
Hypermetropie	11
Myopie	28
Astigmatismus	7
Atrophia nervi opt.	16
Neuritis opt.	7
Retinitis acuta luetica	2
» pigmentosa	11
Hemeralopie	16
Chorioiditis disseminat.	10
Ablatio retinae	3
Strabismus convergens	4
» divergens	6
» alternans conv.	2
Paralysis musculi recti ext.	4
» » obliqui super.	1
» externa completa	1
Ptosis	3
Paralysis nervi facialis	1
Tic convulsiv	1
Nystagmus	10
Asthenopia nervosa	3
Dacryocystitis	40
Encephalocele nasoethmoidalis	1
Tumor amyloid. conjunctivae	2
Periostitis orbitae	2
Panophthalmitis traumat.	1
Carcinoma palpebr.	1
Lagophthalmus ex operatione (Trichiasis)	4
Coloboma et aphakia artef.	6
Albinismus	1
Mikrophthalmus cong.	2
» » et Coloboma	2
Exophthalmus	2
Spontan resorbirte Cataract	2
Unheilbar auf beiden Augen erblindet an:	
Ulcus corneae (darunter wahrscheinlich einige Fälle von Blennorrhoe)	53
Trachoma	38
Glaucoma	19
Atrophia nervi opt.	11
Variola	8
Iridocyclitis	8
Chorioretinitis	3
Blennorrhoe	3
Lues	2
Anophthalmus cong.	2
Trauma	1
Ablatio retinae	1
Carcinoma	1
Summa	2800

Verzeichniss der Operationen.

Extractio cataractae	51
Discisio cataractae	5
Iridectomia optica	67
» bei Glaucom	3
Iridotomia	1
Tätovirungen	8
Schieloperationen	8
Excisionen der oberen Uebergangsfalte	8
Exstirpation des Thränensackes	4
Sonstige Operationen am Thränenapparat	10
Exstirpation eines Amyloidtumors	1
Ptosis	3
Punction bei Ablatio retinae	2
Abtragung eines Staphyloms	1
Transplantation von Mundschleimhaut bei Trichiasis	141
Operation nach Snellen-Hotz	8
Kleine Operationen an den Lidern	30
Entfernen von Fremdkörpern	3
Mechanisches Entfernen von Trachomfollikeln	120
Plastische Operation	1
Ectropium	1
Summa	485

Diese grosse Zahl von Patienten erklärt sich dadurch, dass die Landschaftsverwaltung in allen Dörfern, Kirchen und öffentlichen Orten das Kommen eines Augenspecialisten angezeigt hatte. Aus den oben angeführten Daten ergiebt sich, dass 1416 Personen an Trachom litten; durch Trachom beiderseits völlig verblindet waren 38. Eine Sehschärfe von weniger als $^1/_{10}$ hatten 294 an Trachom Leidende; diese Zahl ist nicht zu hoch gegriffen; ich machte bei jedem Patienten mit Pannus, bei dem eine so niedrige Sehschärfe vermuthet werden konnte, eine Bestimmung der Sehschärfe. Diese konnte natürlich bei der grossen Zahl der Kranken nur sehr rasch gemacht werden und zwar durch Fingerzählen, denn von den von mir untersuchten Bauern konnte nur ein sehr geringer Procentsatz lesen. Es sind hier viele Fälle von Trichiasis mitinbegriffen, die schon einige Wochen nach der Operation über ein erheblich besseres Sehvermögen disponirten. — Noch einige Worte über das Trachom. Obschon wir in Dorpat an der Universitäts-Augenklinik ein so

mächtiges Trachommaterial haben, und die verschiedensten besonders schweren Formen hier vertreten sind, war ich doch erstaunt über die Mächtigkeit, bes. der gelatinösen Wucherungen und über die Massen von Zerfallsproducten der trachomatösen Eruptionen. Die Behandlung bestand in einem sofortigen Entfernen von sämmtlichen erweichten und durch regressive Metamorphose zu Grunde gegangenen Massen; dann erhielten die Kranken, wenn sie täglich nicht wiederkommen konnten, eine Lösung von Cupr. sulfur oder Sublimat etc. nach Hause. Die Excision der Uebergangsfalte vollführte ich 8 Mal. Alle Gesichtspunkte über Trachombehandlung hier zu erwähnen und zusammenzufassen, würde die Grenzen dieses Aufsatzes bedeutend überschreiten. Es sei mir nur gestattet, die Bemerkung zu machen, dass das letzterwähnte Heilverfahren bei Trachom hoffentlich recht bald auch in Russland einer genauen Prüfung unterzogen wird.

Die Operation der Trichiasis vollführte ich in der Weise, wie wir dies im Verein mit Dr. W. Rymsza längere Zeit an Prof. Dr. E. Rählmann's Augenklinik geübt haben. Unser Princip hierbei war, dem Lide so wenig als möglich an Substanz zu nehmen und demselben einen Theil gesunder Schleimhaut zuzuführen. Der Gang unserer Operation ist folgender: Der intramarginale Schnitt wird in der Weise ausgeführt, dass bei sonst bequem liegenden Verhältnissen (breite Lidkante) der Schnitt in einem Zuge gemacht wird und zwar so, dass man die Spitze des Messers durch die äussere Tarsusfläche führt, so dass man sie während des Schnittes unter der Oberhaut durchfühlen kann; so wird der die Cilien tragende Boden, also der distal vom Schnitt liegende Theil, keilförmig und leicht verschieblich. Ist die Verschieblichkeit nicht genügend, so geht man präparirend etwas weiter hinauf. Bei schmaler intramarginaler Lidkante und bei Lidspaltenverengerung geht man gleich präparirend vor, um so die so grosse Gefahr zu vermeiden, den Cilienboden zu verletzen. Immer muss das Resultat ein derartiges sein, dass die distale (äussere) Lamelle leicht verschieblich zur proximalen (inneren) ist; denn nur unter solchen Verhältnissen kann man den Schnitt gehörig zum Klaffen bringen und so den Effect der Operation genau dosiren. Das Klaffen brachten wir in der ersten Zeit durch drei tiefe verticale Suturen, die auf Perlen geknüpft wurden zu Stande; später versuchte ich die proximale Lamelle (wie bei der Schieloperation) vorzunähen; doch scheint es mir jetzt am zweckmässigsten, nachdem Dr. Rymsza dies eine Zeit lang methodisch geübt, wenigstens in der Mitte eine dem Lidrande parallele Sutur anzulegen: durch Verschiebung der Lamellen (mittelst Fingerdruck) zu einander wird das nöthige Klaffen erreicht, und jetzt eine tiefe dem Lidrande parallele Naht angelegt, welche die zuerst angesetzte Stellung fixirt und den Effect durch ein leichtes Ectropium der distalen Lamelle verstärkt. Die beiden seitlichen Nähte können dann gleichfalls in dieser Weise, oder vertical angelegt werden. Durch diese Sutur wird das Ausschneiden des halbmondförmigen Stückes unnöthig. Ist die Lidkante sehr stark verbreitert und mit falschen Cilien besetzt, excidiren wir lieber ein keilförmiges Stück aus der ganzen Länge des die Cilien tragenden Theiles. Klafft der Spalt jetzt schön, so transplantirt man ein Stück Mundschleimhaut. Fixirt man den Lappen mit Nähten, wie dies Prof. Rählmann*) bei der von ihm angegebenen Methode geübt hat, so sichert man erstens die Lage des Lappens und giebt ferner der neuen Lidkante eine bei weitem regelmässigere Form als ohne Nähen. Bei Knopfnähten sitzt der Lappen glatter, doch hat die fortlaufende Naht den Vortheil grosser Zeitersparniss. Am oberen Lide wird die Operation durch Andrücken gegen die Hornplatte unter fast völliger Blutleere ausgeführt und sind da parallele Nähte angelegt, so steht jegliche Blutung. Am unteren Lide kann man mit Vortheil eine Entropiumpincette nach Knapp, oder Warlomont benutzen, da dasselbe leicht von der Jäger'schen Platte gleitet; auch hier kann man so die Operation unter Blutleere ausführen. Auch kosmetisch giebt die Schleimhauttransplantation die besten Resultate. Was nun die gewöhnlichen Fragen in Betreff der Recidive anbelangt, so kommt es hier, wie ja auch bei den früheren Methoden darauf an, in welchem Stadium operirt wird.

*) Cf. Raehlmann. Deutsche med. Wochenschr. 1891. Nr. 1.

Ganz abgesehen von der Dexterität des Operateurs kommt es auf das Stadium an, in welchem sich das Trachom befindet. Operirt man im zweiten Stadium, d. h. wenn die Bindehaut noch von Zerfallsproducten durchsetzt ist, der Tarsus succulent und die Bildung der Trichiasis in der Fortsetzung begriffen ist, kann von einem Operiren ohne Recidiv keine Rede sein; ist dagegen die Narbenbildung bis zu dem Grade gediehen, dass das tarsale Bindegewebe fest ist, so hängt der Effect der Operation lediglich von dem Operateur ab und ist die Möglichkeit gegeben vollkommen ohne Recidiv zu operiren. Immerhin ist auch ein Recidiv, wenn in dieser Weise operirt worden ist, leichter zu beseitigen als wenn durch Ausschneiden des halbmondförmigen Stückes eine Reduction des ganzen Lides erfolgt ist. Selbstverständlich giebt es andererseits Fälle, bei denen man das halb mondförmige Stück ausschneiden muss, so bei schlaffen Lidern mit starker Faltenbildung und Neigung zu Entropium, hier wäre es geradezu ein Fehler dies zu unterlassen. Die Transplantation des halbmondförmigen Stückes hat doch viele Nachtheile. Ich habe doch Fälle gesehen, in denen die kleinen, nur mit Lupenvergrösserung sichtbaren Lanugohärchen einen beständigen Reiz ausübten und zu sehr allmählicher, vom Trachom unabhängiger, totaler oberflächlicher Trübung der Hornhaut Veranlassung gaben. Oft liegt die absolute Nothwendigkeit vor im zweiten Stadium des Trachoms zu operiren; in diesen Fällen, sowie in denjenigen, wo die Lidkante mächtig verdickt und abgerundet ist, erscheint es doch gerathen den ganzen Cilienboden abzutragen und Schleimhaut zu transplantiren. Wenn jemand häufig Trichiasis operirt hat, so kennt er jene Fälle sehr wohl, wo die Lidkante 1/2 ja 3/4 cm. dick wird, das Lid einen Theil seiner Beweglichkeit einbüsst und oft erst 1—2 Jahre vergehen können, bis ein einigermaassen erträglicher Zustand hergestellt ist. Die Operation an einem Lide dauert etwa 15 Minuten. Zusammen mit Herrn Dr. Romankewitsch vollführten wir diese Operation in Krasnyj 141 Mal, und hatte ich auch sonst die Genugthuung, dass die anderen mir assistirenden Herrn Aerzte diese Operation acceptirten und kunstgerecht auszuführen lernten. Oft habe ich das Resultat einer gut ausgeführten Lidoperation mit derselben Freude begrüsst, wie den Erfolg einer Cataractextraction, denn Mancher, der nahezu blind, Jahre lang sich mit Schmerzen und Reizerscheinungen herumgetragen, konnte seine Beschwerden vollkommen los werden und ein erträgliches Sehvermögen gewinnen. Und der Umstand, dass über die Operationsweise der Trichiasis noch soviel verschiedene Ansichten herrschen und die Thatsache, dass nach vielen bei uns zu Lande üblichen Operationsverfahren viele Fälle für eine gewisse Zeit besser werden um dann noch schlechter zu werden, als sie früher waren, drängt immer noch dazu neue feste Gesichtspunkte für diese Operation geltend zu machen und neue Heilmethoden zu prüfen. Ich habe übrigens speciell in Krasnyj drei Fälle gesehen, welche von Dr. Th. v. Schröder in Petersburg operirt waren, mit Transplantation von mit dem Rasirmesser abgetragenen Hautschichten (nach Thiersch)*), welche gleichfalls an Erfolg nichts zu wünschen übrig liessen und nicht die geringste Entwickelung von Lanugohärchen zeigten.

In einzelnen Gegenden besitzen die Leute eine wirkliche Virtuosität darin die falschen Cilien künstlich zu entfernen; so sah ich 5 Fälle von mächtig entwickelter Trichiasis ohne die geringsten Spuren einer Hornhauttrübung oder Reizung. Bekanntlich ist das Epiliren nach einer misslungenen Lidoperation bedeutend schwieriger, weil die Beschaffenheit der Härchen an vielen Stellen, besonders in der Narbe, sich ändert.

In dem Verzeichniss befinden sich 4 Fälle von Lagophthalmus arteficialis; dieselben rühren sämmtlich von einem «Persischen Doctor» her, welcher wegen Trichiasis die Lider einfach abgeschnitten hatte; ein solchermaassen an allen 4 Lidern Operirter, hatte beide Augen an Xerosis eingebüsst.

Ich habe in der letzten Zeit bei Trichiasis mit Lidspaltenverengerung die Operation der Trichiasis und die Cantoplastik immer in einer Sitzung gemacht, indem ich nach Durchschneidung des Lidwinkels den intramarginalen Schnitt bis ganz in den Lidwinkel führte, dann die ganze Wunde stark zum Klaffen brachte und einen Schleimhautlappen derart zuschnitt, dass ich der Conjunctiva im äusseren Winkel ein Stück gesunder Schleimhaut zuführte und dieses durch Nähte sorgfältig fixirte. In einigen Fällen führte ich die Schleimhaut in der angedeuteten Weise bis zum Lidrande und deckte den Defect in der Oberhaut am Lidwinkel nach Thiersch.

Die transplantirte Schleimhaut an der Lidkante wirkt ungemein wohlthuend auf das Auge und bleibt immer vollkommen gesund. Von der Schleimhaut, welche ich in den oberen Fornix verpflanzte, kann ich dies nicht in dem Umfange behaupten.

Ich unternahm nämlich in Fällen hochgradiger Tarsusschrumpfung und bei ausgiebigen Narben eine Serie von Transplantationen von Mundschleimhaut in den oberen Fornix, meist nach Excision der oberen Uebergangsfalte, in einzelnen Fällen nach einem einfachen Schnitt mit nachfolgender Lockerung. Ich fixirte den Lappen durch Nähte, die ich in einigen Fällen durch das Lid führte und auf der Oberhaut knüpfte. Die Schleimhaut heilte in allen Fällen schön an, blieb auch an einzelnen Augen glatt und gesund, in anderen Fällen dagegen zeigten sich bald Zerfall und regressive Metamorphose des schon völlig angeheilten Lappens, wie sie sonst der obere Tarsalrand bei Trachom bietet. Doch sind meine Erfahrungen darüber absolut nicht abgeschlossen. Die Prognose für die Erhaltung solcher Lappen hängt zweifellos zum grossen Theil von dem Vorhandensein der Trachomerreger ab und sind daher bei schon altem Narbentrachom die günstigsten Verhältnisse zu erwarten; die Schleimhaut gewannen wir aus dem Munde und benutzten wir, um unter Blutleere zu operiren, eine Lidklemme; besonders geeignet dazu scheint mir die stellbare Warlomont'sche Entropiumpincette.

Fast in allen Fällen operirten wir unter Cocaïnanästhesie (subcutane Application einer 1% Lösung von Cocaïn muriat.), sowohl am Lide wie an der Mundschleimhaut. Ich will noch ganz kurz anführen, dass wir, vor der ausgiebigen Anwendung der Schleimhauttransplantation, auf Dr. Scherl's Vorschlag Froschhaut vielfach überpflanzten, später versuchte ich die Transplantation von Goldschlägerhäutchen und halbmondförmig zugeschnittenen Kautschukplatten um die Epithelisirung der Lidkante anzuregen. Es scheint sich hierdurch die Lidkante besser zu entwickeln, wie in den Fällen, bei denen nichts transplantirt wird, doch sind die Resultate mit denen der Schleimhauttransplantation überhaupt nicht zu vergleichen.

Besonders schwierig war mir die Behandlung des Ulcus serpens, da ich leider keinen Cauterisirapparat zur Hand hatte. Aus dem Verzeichniss geht hervor, wie gross die Anzahl der beiderseitigen Erblindungen durch Ulcus serpens ist; in zweiter und dritter Linie folgen Trachom und Glaucom. Bemerkenswerth ist ferner, dass Lues und Gonorrhöe unter der Landbevölkerung dieser Gegend recht häufig zu finden sind.

Meine Erfahrungen über Glaucom, das so ungemein mannigfache Stadien von Degenerationserscheinungen darbot, gedenke ich im Zusammenhang, nach Beendigung der diesjährigen Expedition niederzulegen.

Von den Cataracten operirte ich 7 ohne, die übrigen mit Iridectomie. Unter den 56 Fällen hatte ich zwei Verluste zu registriren. Von diesen ging einer, trotz der mir dort möglichen Vorsichtsmaassregeln an Iridochorioiditis purulenta zu Grunde, der andere betraf einen Mann, der am Tage nach der Operation, mit der Motivirung, er sehe genügend, trotz aller Gegenvorstellungen das Spital verliess um ein Fest mitzumachen; am anderen Tage stellte er sich mit totaler Netzhautabhebung wieder vor.

Die Exstirpation des Thränensackes vollführte ich in 4 Fällen nach Kuhnt, bei alter eitriger Dakryocystitis mit Knochenaffection.

Es sei mir gestattet noch auf einzelne interessante Thatsachen aufmerksam zu machen und einige besonders interessante Fälle hervorzuheben.

Die Zahl der Refractionsanomalien war eine ungemein geringe; ich habe den grossen Procentsatz der Analphabeten erwähnt. Interessant war aber die Thatsache, dass ich 7 Fälle von Myopie bei Analphabeten fand. Die betreffenden Leute hatten sich nie mit Naharbeit beschäftigt, waren Feldarbeiter, wie ihre Eltern. Die Myopie betrug bei 1—8,0 D; bei 3—10,0 D; bei 1—14,0 D; bei 2—16,0 D. Ich habe hier nur Fälle erwähnt, bei denen die Myopie beiderseitig war und der Augenhintergrund keine beträchtlichen chorioiditischen Veränderungen aufwies, sondern nur Distensionsatrophie der Chorioidea und temporale Staphylome (in den beiden Fällen von 16,0 D. waren die Staphylome circumpapillär).

In 3 Fällen bestand volle Sehschärfe, in den übrigen allen war dieselbe geringer. Ich achtete hier genau auf den Schädelbau, konnte aber constatiren, dass die Betreffenden weder exquisite Breitgesichter noch Chamäkonchen waren. Das Vorkommen der Kurzsichtigkeit unter diesen Verhältnissen ist doch ein deutliches Zeichen, dass diese Art der Myopie eine Erkrankung sui generis darstellt. In einem Fall wurde strict angegeben, dass die «Schwachsichtigkeit» nach einer langen fieberhaften Krankheit aufgetreten sei. Einseitige Myopie mit ausgesprochenen chorioiditischen Veränderungen hatte ich hier gleichfalls einige Mal Gelegenheit zu sehen.

Verhältnissmässig gross war die Zahl der Bildungshemmungen und -Anomalien.

1. F. F. 2. a. n. bds. Anophthalmus cong. Thränenpunkte und Cilien gut entwickelt. Trichterförmige conjunctivale Blindsäcke. Links lässt sich ein etwa 2 Mm. nach allen Richtungen messendes Rudiment nachweisen, das aus einem scleraähnlichen Gewebe besteht. Rechts lässt sich keine Spur von Bulbustheilen ausfindig machen.

2. K. F. 4. a. n. Rechts Anophthalmus, links Mikrophthalmus: Hornhautbasis Durchmesser etwa 6 Mm. Colobom der Iris, Chorioidea und des Sehnerven. Nystagmus. Lichtschein wird wahrgenommen.

3. S. S. 6 Monate alt, bds. Mikrophthalmus et Coloboma iridis. Lichtschein wird wahrgenommen.

4. A. A. 16. a. n. Mikrophthalmus. Nystagmus bds. V = $^1/_{20}$. Rechts Bulbus eigenthümlich ovoid, Iris vorhanden, aber ungemein schmal, reagirt weder auf Licht noch Atropin. Links: Iris nur in Form eines braunen Streifchens hart am Ciliarkörper erkennbar.

5. P. S. 23. a. n. Albinismus. Weisses Haupthaar, weisse Augenbrauen und Wimpern. Die Iris derart Pigment-arm, dass man durch einzelne periphere Theile derselben deutlich die Sehnervenpapille und Gefässe erkennt. Bds. + 3,0. R. V = $^1/_{50}$, links V = $^1/_{20}$. Gläser verbessern das Sehen nicht. Lichtscheu.

6. M. B. 55. a. n. stellt sich wegen eines Chalazions vor. Rechts: der obere Thränenpunkt steht, wie unter normalen Verhältnissen auf der Thränenpapille, ebenso der untere; 3 Mm.

*) Cf. St. Petersburger med. Wochenschr. 1891, Nr. 16 u. 17.

temporalwärts von letzterem auf der unteren Lidkante ein accessorischer Thränenpunkt, gleichfalls auf einer kegelartigen Erhebung sitzend. Das accessorische Thränenkanälchen verbindet sich mit dem unteren, so dass man die Sondirung am rechten Auge von 3 Thränenpunkten aus vornehmen kann. Die Thränenwege sonst normal und durchgängig. Dieses Vorkommniss ist immerhin eine Seltenheit und verdient erwähnt zu werden. Merkel, (Topographische Anatomie 1890 p. 221) zählt 14 in der Literatur verzeichnete Fälle.

2 Fälle von Amyloidtumoren, von denen einer zur Operation kam; dieser Fall zeigte dieselben Verhältnisse wie der in meiner Dissertation (1892) beschriebene Fall 3.

7. P. J. 66. a. n. Sieht rechts seit 3 Jahren so gut wie nichts, links seit 5—6 Jahren; rechts: Cataracta matura. Links ist der Kern der Cataracta völlig resorbirt; das Pupillargebiet von einer dichten grauweissen Membran eingenommen, nach deren Durchschneidung V= $^3/_5$ resultirt.

8. A. U. 60 a. n. Ist seit 10 Jahren blind. Rechts V= $\frac{1.}{\infty}$ Cataracta hypermatura, Iridodonesis. Links V = 0. Brechende Medien klar, Linse fehlt vollkommen; tiefe glaucomatöse Excavation. Unten dicht hinter dem Ciliarkörper ein weisser atrophischer Fleck. Auch anamnestisch ergiebt sich ein Zusammenhang von Linsenluxation und Glaucom. Vor etwa 7 Jahren erkrankte das damals schon blinde linke Auge; die Schmerzen bestanden über $^1/_2$ Jahr.

8: M. L. 15. a. n. Hydrocephalus (acquisit.) Pat. liegt schon seit 1 Jahr total apathisch da und erkennt keinen aus der Umgebung. Mächtiger Exophthalmus, nicht pulsirend. Die Venen der sämmtlichen Liddecken bes. aber oben und innen cirsoid geschlängelt und kolossal gefüllt. Atrophia nervi optici: Papille weiss, Excavation verstrichen, Venen geschlängelt, Arterien dünn. Eine Störung der im Sinus cavernosus verlaufenden Nerven, wegen des vorgeschrittenen Krankheitsprocesses nicht nachzuweisen.

9. Ch. A. 62. a. n. Rechtes Auge seit $^1/_2$ Jahr, linkes seit $^3/_4$ Jahren blind. Pat. weiss keine Veranlassung anzugeben, fühlte sich aber etwa $^1/_2$ Jahr lang abgeschlagen und matt. Urin enthielt kein Eiweiss oder Zucker. Herz gesund. Bau beider Augen emmetropisch. Beiderseits die Netzhaut bis über die Macula hinüber abgehoben. Die Ablösung ist ziemlich seicht, beiderseits jedoch nach innen starke Falten. Rechts nur noch mit dem oberen Theil der Netzhaut Lichtschein empfunden, aber nicht sicher localisirt. Links V = 0.

Rechts: Punction der Sclera (mit dem Gräfe'schen Messer) an der, der starken Falte entsprechenden Stelle. Es entleert sich sofort eine beträchtliche Menge einer gelblich weissen Flüssigkeit; Verband 3 Tage lang und zu meinem nicht geringen Erstaunen V = $^3/_5$. Pat. der fast in völliger Nacht dahingelebt hatte, konnte in der That wieder lesen. Die Netzhaut hatte sich zum grossen Theil wieder angelegt. An der Peripherie noch einzelne seichte Falten. Links 3 Tage nach der Punktion V = $^1/_{20}$.

Leider schien das Sehvermögen nicht lange anzuhalten, als ich 2 Wochen nach der Operation Krasnyj verliess, war das Sehvermögen links wieder auf Fingerzählen in nächster Nähe, rechts auf $^2/_5$ gesunken. Immerhin war der momentane Erfolg dieser Sclerotomie ein ganz kolossaler. Leider sind mir von den dortigen Herrn Aerzten keine weiteren Nachrichten über den Patienten zugestellt worden. Der nächste Bericht wird hoffentlich eine Notiz über den weiteren Verlauf bringen können. Am 8. August beschloss ich die Thätigkeit, welche mir soviel Freude bereitete und mir immer auf's Neue bewies, wie reich an Erfolgen unsere Disciplin ist; allerdings auch zahlreich waren die traurigen Fälle vertreten, die 100, ja 200 Werst zu Fuss nach Krasnyj gekommen waren und die ohne Hilfe wieder ihren Heimathsort aufsuchen mussten.

Königsberg, im März 1895.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 15. Februar 1895.

Dr. Hoffmann hält seinen angekündigten Vortrag über die «Cholera» (Theil I.)

Sitzung am 1. März 1895.

Dr. Deubner stellt vor der Tagesordnung einen Patienten vor, welcher seit 12 Jahren an einem Hautleiden laborirt. Es treten ganz typisch in den Frühjahr- und Herbstmonaten, sowohl an den Extremitäten als auch am Rumpf Flecken auf, welche sich schnell vergrössern, central eine livide Färbung annehmen und peripher von einem hellrothen Saum umgeben sind. Die Eruption ist mit allgemeinem Unwohlsein verbunden. Die Flecken überragen nur wenig die Haut; bei stärkerer Exsudation tritt über den Flecken Blasenbildung auf. Nach meist 3-wöchentlichem Verlauf bildet sich der Process zurück, und es bleiben nur noch hellbraune pigmentirte Flecken zurück. Eigenthümlich ist die Erscheinung, dass bei jeder neuen Eruption die vorher befallenen Stellen wieder erkranken und dabei sich dann die erkrankte Hautpartie vergrössert, so dass die grössten Flecken -- über Handtellergrösse — auch die zuerst erkrankten Hautstellen anzeigen. Vortr. hält die in Rede stehende Affection für eine sich ungewöhnlich localisirende Form des sonst typisch auftretenden Erythema exsudativum multiforme. Ueber die Bedeutung des Leidens, ob idiopathisch, oder symptomatisch behält er sich seine Ansicht noch vor, da er den Pat., der sich gegenwärtig im der 2. Woche der Eruption befindet, heute zum ersten Mal gesehen hat.

(Autoreferat.)

Dr. Hoffmann hält seinen angekündigten Vortrag über «Cholera» (Theil II). Erscheint demnächst im Druck.

Sitzung am 15. März 1895.

Dr. Voss berichtet vor der Tagesordnung über einen Fall von Fremdkörper im Ohr, wo der Tod durch Meningitis vorausgegangenen Extractionsversuchen zuzuschreiben ist, unter Vorweis verschiedener zur Fremdkörperextraction geeigneter und ungeeigneter Instrumente. Der Fall soll in der Petersb. med. Wochenschr. veröffentlicht werden.

1. Dr. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag zur «Diagnostik der Prostatahypertrophie». Erscheint demnächst in der Petersb. med. Wochenschrift.

Dr. Rulle meint, dass die vom Vortragenden geschilderten Symptome sich auf eine Allgemeinerkrankung, die sexuelle Neurasthenie zurückführen liessen.

Dr. Schabert betont demgegenüber, dass es sich hier um eine pathol. anatomische Veränderung handele. welche ganz unabhängig von der sexuellen Neurasthenie zur Entwickelung gelange. Letztere Erkrankung könne unabhängig von Prostatahypertrophie und umgekehrt vorkommen.

2. Discussion über «Influenza». Dieselbe wird vom Präses durch folgende Skizze eingeleitet. Die ersten Fälle kamen vereinzelt im Januar d. J. zur Beobachtung bei starker Frequenz von Erkrankungen der Respirationsorgane. Im Februar häuften sich die Fälle mit folgendem ziemlich constantem Bilde; plötzlicher Schüttelfrost mit nachfolgendem oft recht bedeutender Temperatursteigerung, dabei heftige Kopf-, Rücken- und Gliederschmerzen mit catarrhalischen Erscheinungen in Nase, Rachen, Larynx und Trachea, während richtige Bronchitiserscheinungen, Pleuritiden und Lungenentzündungen relativ selten zur Beobachtung gelangten. Dauer ca. 3—5 Tage mit meist lytischem Abfall der Erscheinungen. Im Gefolge oft nervöse Störungen, wofür Vortragender Belege aus seiner Praxis mittheilt. Neben diesem typischen Verlaufe zeigten sich die verschiedensten Variationen mit Hervortreten bald dieser oder jener Erscheinung. Auch Nachfieber komme relativ oft zur Beobachtung, nachdem die erste Attaque seit 3—4 Tagen vergangen war. Complicationen kommen selten zur Beobachtung, wie denn die Epidemie einen ziemlich leichten Charakter zeigte. In Betreff der Immunitätsfrage konnte Vortragender die Beobachtung machen, dass die Hälfte der in diesem Jahr Erkrankten auch 1889 erkrankt war.

Dr. Schönfeldt berichtet über einen von ihm beobachteten seltenen Fall von Polyneuritis nach Influenza, der unter dem Bilde der Landryschen Paralyse (Paralysis ascendens acuta) schnell einen tödtlichen Ausgang genommen.

Frau K. 44 a. n. (Alcoholismus ausgeschlossen) machte Anfang Februar c. die Influenza durch. 14. Februar allgemeine Schwäche, Abgeschlagensein. 18. Februar Lähmung der Beine. 21. Februar Schwäche in den Armen und Lähmung der linken Gesichtshälfte. 23. Februar Consultation. Status: hochgradige Erschöpfung und Hinfälligkeit, kein Fieber, Puls 90. Resp. 30 Sensorium frei. Pat. klagt über Paraesthesien und spontane Schmerzen in den Extremitäten. Schlaffe complete Paraplegie der Beine, passive Bewegungen in Folge hochgradiger Schmerzhaftigkeit nicht auszuführen. Bauch- und Rumpfmusculatur relativ intact. Beide Arme nur paretisch, können etwas gehoben werden. Druck auf die Nerven und Muskeln sehr schmerzhaft, Hyperästhesie der Haut. Genauere Prüfungen der Sensibilität bei der Hinfälligkeit der Pat. nicht möglich. Sehnenphaenomene und Hautreflexe erloschen. Diplegia facialis und Bulbärsymptome an Lippen, Zunge, Gaumen und Rachen (Schling- und Articulationsstörung bei tonloser Sprache) Pericorneale Injection (ulcera?) in Folge des Lagophthalmus. Augenbefund sonst normal, ebenso wie die Blasen- und Mastdarmfunction.

26. Februar. Sondenfütterung. Die Beschleunigung des Pulses (120) bei normaler Temperatur und die Respirationsstörungen bekunden bereits die Affection des N. vagus. 27. Februar exitus unter Erstickungserscheinungen. — Auch die epikritische Betrachtung gestattet nicht eine absolut sichere Diagnose zu stellen. Die spontanen Schmerzen, die Hyperaesthesie der Haut,

dann das Uebergreifen der Lähmung von den Beinen auf die Arme bei verhältnissmässiger Verschonung der Rumpf- und Bauchmuskulatur sprechen mehr für Polyneuritis, während das überaus schnelle Fortschreiten der Lähmungen von unten nach oben bis auf die Bulbärnerven innerhalb weniger Tage und die normale Temp. die Annahme einer acut aufsteigenden Paralyse rechtfertigen. Eine Diff. Diag. zwischen diesen beiden Krankheitsformen, eine klinische Trennung derselben ist in manchen Fällen z. Z. noch nicht möglich: es giebt eben eine sehr acut verlaufende Form der infectiösen Polyneuritis, welche dem Bilde der Landryschen Paralyse gleicht.

Dr. Hampelns Erfahrungen decken sich mit denen Dr. Krannhals'. Der Beginn der Epidemie ist in den Februar zu verlegen, doch habe er sporadische Fälle schon bedeutend früher, im September, zweifellos beobachten können. Eigenthümlich ist dieser Epidemie, dass sie erst die besser situirten Stände ergriffen hat, während ins Hospital erst viel später, erst seit 8—14 Tagen Kranke kommen und jetzt die Krankheit bedeutend zugenommen hat. Der Verlauf ca. 2—3 Tage, wo längeres Fieber, da handele es sich um Mischinfection, namentlich Fränkelsche Bacillen resp. Recidiv. Bei einem Kinde hat er Temp. v. 40,7 p. 180 beobachtet; nach 2×24 Stunden Entfieberung. In Betreff der Immunitätsfrage hat er den Eindruck gewonnen, dass ein einmaliges Ueberstehen vor einer weiteren Erkrankung schützt, worin er mit Pfeiffer übereinstimmt.

Dr. Böhlendorff bemerkt, dass das Militär bis jetzt vollständig von der Influenza verschont geblieben ist.

Dr. Deubner hat den Eindruck gewonnen, dass die jetzige Epidemie noch ausgebreiteter ist, als die von 1889, namentlich würden weniger Kinder verschont. Nachfieber hat auch er oft beobachten können, dagegen wenig Complicationen.

Dr. Mey hat Fälle von Gelenkrheumatismus beobachtet, welche sich durch Natr. salicyl. nicht beeinflussen liessen und die er daher auch auf Influenza zurückführt.

Dr. Berkholz hat Ergüsse in die Sehnenscheiden nach Influenza beobachtet, welche sich schnell zurückbildeten.

Dr. Voss hat auf dem Gebiete der Ohren doch recht vielfache Complicationen beobachten können, namentlich Otitis media mit recht protrahirtem Verlauf und Andauer der Schmerzen auch nach Perforation. Ebenso häufige Exacerbation alter Fälle, desgleichen zahlreiche Rachencomplicationen mit starkem Blutreichthum. Auch Verlust der Geruchsempfindung kam 2 mal vor mit Wiederkehr derselben spontan nach ca. 6 Wochen. In der Nase dabei keine Veränderung. Auch Entzündungen der Nebenhöhlen traten gelegentlich auf, sowie Acusticus- und Labyrinth-Complicationen vorübergehender Natur.

D. Z. Secretär: Dr. Radecki.

Vermischtes.

— Als Nachfolger von Prof. Thiersch in Leipzig wird Prof. Trendelenburg genannt. An des letzteren Stelle soll Prof. Mikulicz (Breslau) nach Bonn berufen werden.

— Im Verlage von S. Karger in Berlin beginnt soeben ein «Archiv für Verdauungskrankheiten» mit Einschluss der Stoffwechselpathologie und der Diaetetik unter der Redaction von Dr. J. Boas zu erscheinen. Das neue «Archiv» bringt Originalarbeiten, umfassende Sammelreferate von besonderen für jedes Land gewonnenen Referenten, ein erschöpfendes Litteraturverzeichniss und Bücherbesprechungen. Als Herausgeber betheiligen sich bei dem durchauss zeitgemässen Unternehmen die Proff. DDr. Fleiner — Heidelberg, Leichtenstern — Cöln, von Mering — Halle, von Noorden — Frankfurt H., Oser — Wien, Penzoldt — Erlangen, Riegel — Giessen, Rosenbach — Breslau, Rosenstein — Leiden, Schreiber — Königsberg, Stiller — Budapest. Auch unter den Referenten finden wir nur Namen von bestem Klange. Das erste Heft auf dessen Inhalt wir eingehender demnächst zurückkommen werden, weist eine grosse Reichhaltigkeit auf, wir können daher dem Unternehmen eine günstige Prognose stellen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Mai d. J. 6336 (85 wen. als in d. Vorwoche), darunter 341 Typhus — (3 wen.), 724 Syphilis — (15 wen.), 106 Scharlach — (7 wen.), 36 Diphtherie — (= Vorw.), 42 Masern — (7 wen.), und 13 Pockenkranke — (5 weniger).

Am 3. Juni d. J. betrug die Zahl der Kranken 6405 (69 mehr als in der Vorwoche), darunter 343 Typhus — (2 mehr), 774 Syphilis — (50 mehr), 110 Scharlach — (4 mehr) 37 Diphtherie — (1 mehr), 41 Masern (1 wenig.) und 11 Pockenkranke (2 weniger) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. Mai bis 3. Juni 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
291	233	524	104	59	77	15	5	25	48	55	46	36	37	9	2	6

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 8, Scharlach 14, Diphtherie 12, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 7, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 38.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Amalie Schulze**, Фонтанка № 137, кв. 119.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17. кв. 6.

Marie Mohl, В. О. 1. л. д. 44 кв. 3.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Дозв. ценз. Спб. 12 Іюня 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 24 St. Petersburg, 17. (29.) Juni **1895**

Inhalt: Dr. med. Alfred Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — Dr. med. Ferdinand Buchholz: 2 Fälle von letaler Blutung nach Tracheotomie bei Diphtheritis. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Prof. Dr. Alexander Schmidt: Weitere Beiträge zur Blutlehre. — R. Ziegenspeck: Anleitung zur Massagebehandlung (Thure Brandt) bei Frauenleiden.— Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. *)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Fall IX.

Die 32-jährige kranke «Kinderwärterin» litt seit 12 Jahren — nach acutem Gelenkrheumatismus — an Herzklopfen und Athemnoth. Krampfartige Schmerzanfälle in der Herzgegend und Oedem machten sie vor einem Jahre arbeitsunfähig. — Bei der Aufnahme bestand nur leichte Cyanose der Extremitäten, kein Oedem. Brustkorb im sagittalen Durchmesser erweitert, ziemlich starr. Lungenemphysem. HU beiderseits wenig feuchtes Rasseln. Leber und Milz nicht vergrössert. Harn albumenfrei. Herzdämpfung 2 Querf über den rechten Sternalrand, links bis zur vorderen Axillarlinie. Auf den oberen Brustbeinabschnitten nur undeutliche, den rechten Sternalrand überragende Dämpfung. Hier fühlte man im 2 JR ein leichtes, mit der Herzsystole isochrones Frémissement. Kuppe des Aortenbogens eben fühlbar. Spitzenstoss im 6 JR. In beiden Körperhaltungen über der ganzen Herzgegend, am lautesten längs dem Sternum, 2 Geräusche, ein kurzes systolisches und ein langes diastolisches, beide mit typischer Ausbreitung. Aortenklappenton unhörbar. Töne des rechten Herzens rein. Arteriosclerose palpatorisch nicht nachweisbar. Starke Pulsation aller sichtbaren Arterien. Pulsus celer. Arterientönen.

Der Aufenthalt im Hospital dauerte ein ganzes Jahr. Während der ganzen Zeit richtete sich das Befinden der Kranken nach der Häufigkeit und Stärke von Anfällen, deren Symptomencomplex als «angina pectoris» und «Stenocardie» bekannt ist. Diese ganz regellos, häufig ohne nachweisbare Ursache, zur Tages- sowohl als zur Nachtzeit stets plötzlich aufgetretenen Anfälle wurden von heftigem Herzklopfen, Aufschnellen der Pulsfrequenz und des Blutdrucks eingeleitet. Dabei bestanden vom Herzen in die linke Schulter und in den Rücken ausstrahlende Schmerzen, Druck im Epigastrium, Oppressionsgefühl, starke Athemnoth. Bei längerer Dauer des Anfalles zeigten sich Cyanose, kalter Schweiss und einige Male auch eine auffallende Röthung des Gesichts. Der nach solchen Anfällen entleerte Harn war gewöhnlich albumenhaltig und specifisch schwerer als der in anfallsfreier Zeit ausgeschiedene. Sehr häufig folgte den Anfällen Meteorismus.

*) cf. diese Wochenschrift № 1, 4, 7, 11, 16 und 20.

Nur einmal während der ganzen Beobachtung zeigten sich für kurze Zeit, als die stenocardischen Anfälle besonders häufig und stark aufgetreten waren, Oedem, andauernde Dyspnoe, Cyanose und mässige Vergrösserung der Leber. Damals wurde sehr bald Besserung erzielt durch Anwendung subcutaner Nitroglycerininjectionen während der Anfälle. Durch eine Dosis von 0,25 bis 0,5 Milligramm vermochte jeder Anfall im Lauf weniger Minuten vollständig beseitigt zu werden. Ueble Nachwirkungen wurden nicht constatirt.

Im objectiven Befund war insofern eine Aenderung eingetreten, als gegen Ende der Beobachtung die Herzdämpfung nach Rechts um ½ Querf zugenommen hatte, und die Dämpfung auf den oberen Brustbeinabschnitten intensiver und breiter geworden war. Auch das Frémissement im 2. rechten JR war deutlicher, und das systolische Geräusch lauter und rauher geworden.

Vor allen anderen Klappenfehlern zeichnen sich die Aorteninsufficienzen durch ihre schädliche Einwirkung auf das arterielle System aus. Denn die durch sie bewirkten extremen Druckschwankungen im Aortensystem nehmen die Elasticität der Arterienwandungen übermässig in Anspruch. Dazu kommt, dass der mittlere Druck im Aortensystem, wie v. Basch, erwiesen hat, abnimmt; es tritt Verlangsamung des Arterienstromes ein. Das Alles führt zu Vitalitätverminderung und vorzeitig auftretender Sclerose der Arterienwandungen. Da hierbei die Coronararterien den gleichen Einflüssen unterworfen sind, so erleidet auch der Herzmuskel mit der Zeit nutritive Ausfälle, welche man, wie Sée vorschlägt, auf chronische Ischaemie des Myocards zurückführen kann. — Am meisten ist die Stufenleiter dieser Schädigungen bei den Insufficienzen endocarditischen Ursprunges verfolgbar. Von solchen werden erwiesenermaassen in grosser Mehrzahl jüngere Individuen betroffen, deren Arterien bis dahin keinen krankhaften Veränderungen in der angegebenen Richtung unterworfen waren. Die arteriosclerotische Form ist dagegen fast ohne Ausnahme eine Krankheit des höheren Alters und trifft als Theil- und Folgeerscheinung der «allgemeinen Sclerose» gewöhnlich mit schon ohnehin weit vorgeschrittenen Veränderungen der Arterien zusammen

— ihre Wirkungen summiren sich also mit denen der bereits vorhandenen Arteriosclerose. — Wir werden uns im Folgenden fast nur mit Aorteninsufficienzen endocarditischen Ursprunges zu beschäftigen haben.

An unserer Kranken fanden sich alle klassischen Zeichen einer Stenose und Insufficienz der Aortenklappen. Während der über mehr als ein Jahr sich erstreckten Beobachtung stand das Befinden der Kranken in hervorragender Abhängigkeit von der grösseren oder geringeren Häufigkeit und Stärke jener Anfälle, deren Charakter mit aller, unseren gegenwärtigen Kenntnissen entsprechenden Bestimmtheit auf eine Schädigung des Coronarkreislaufes hindeutete. Nur anscheinend war keine Arteriosclerose vorhanden. Denn die sphygmographische Untersuchung lehrte, wie wir sehen werden, dass die Pulscurven die für Arteriosclerose charakteristischen Gipfelabplattungen aufwiesen. Die ungewöhnliche Rauhigkeit und Lautheit des Stenosengeräusches sprachen ferner für die Gegenwart einer sogar bis zu atheromatöser Umwandlung vorgeschrittenen Sclerose der Anfangstheile der Aorta. Es lag also nahe, die Schädigung des Coronarkreislaufes auf eine sclerotische Miterkrankung der Kranzarterien des Herzens zu beziehen. Für die Schnelligkeit des Umsichgreifens der Arteriosclerose war direct beweisend das Alter, sprachen ferner indirect neben der qualitativen und quantitativen Zunahme der stenocardialen Anfälle die im Laufe der Beobachtung constatirte Verschärfung des systolischen Aortengeräusches und das Anwachsen der Dämpfung auf den oberen Brustbeinabschnitten mit ihrer für die fortschreitende Erweiterung der aufsteigenden Aorta charakteristischen Ausbuchtung nach rechts über den rechten Sternalrand hinaus.

Um die Wirkungen oft sich wiederholender stenocardialer Anfälle klinisch richtig zu würdigen, genügt die Beachtung dreier hervorstechender Symptome, des Lufthungers, der Erhöhung des Blutdruckes und der acuten, mehr oder minder schweren Herzinsufficienz. Wir gewinnen so erstens das Verständniss für den Entstehungsmodus des Lungenemphysems und für die Möglichkeit seiner Entwickelung bis zu fassförmiger Umbildung des Brustkorbes bei einer noch so jungen Person, welche nie schweren Körperarbeiten ausgesetzt war. «Während dieser Anfälle von Lufthunger — sagt Sée — ist man erstaunt über die tiefe, oft sonore Inspiration, vornehmlich wenn der Kranke bei der Ausführung von Körperbewegungen sprechen will. Wiederholen sich die Anfälle oder werden sie mit dem Fortschritte des Leidens schwerer, so bleibt die Respiration auch während der Ruhe tief, und es stellt sich eine Ausdehnung und Blähung der Lunge ein, was zur irrthümlichen Annahme eines Emphysems mit consecutiven asthmatischen Anfällen führen kann.» Es ist klar, dass sich aus der Widerstandsvermehrung im Lungenkreislauf bei unserer Kranken eine durch die Gegenwart des Klappenfehlers a priori nicht benöthigte Mehrbelastung des rechten Ventrikels entwickelte, die um so mächtiger wurde, je weniger der linke Ventrikel den steigenden Anforderungen zu entsprechen vermochte. Die auf welche Ursachen auch immer zurückzuführende (cf. VI) plötzliche Steigerung des Blutdrucks während der Anfälle muss ja besonders bei ungenügender Schlussfähigkeit der Aortenklappen mit enormer Ueberanstrengung der linken Herzkammermusculatur vergesellschaftet sein. Als physikalisch nachweisbare Spuren jener dauernden und dieser intercurrent hinzugetretenen Hemmungen des Lungenkreislaufs konnten neben der Zunahme der Herzdämpfung nach rechts die sich mehrende Stauung in den zuführenden Gefässen des kleinen Kreislaufes und zum Theil auch die raschwachsende Dämpfung im Bezirk des Brustbeinhandgriffes angesehen werden. Dazu kamen drittens alle die unmittelbar in Abhängigkeit von der Haufigkeit und Schwere der stenocardialen Anfälle sich fort und fort einstellenden Zeichen acuter Herzschwäche, richtiger acuter Insufficienz des linken Ventrikels. Seine nach jedem Anfall eintretende, oft nur Stunden andauernde Ermüdung spiegelte sich in den Resultaten der oft wiederholten Harnuntersuchungen wieder. Aus dem vorübergehenden, oft nur sehr flüchtigen Auftreten von Albuminurie liess sich der Ablauf dieser Circulationsstockungen jedesmal mit Sicherheit nachweisen. Ein gleichfalls noch zu wenig beachtetes Symptom solcher Stauungsvorgänge ist Meteorismus, der, wie Sée bemerkt, seinen Ausgangspunkt von Darmkrämpfen nimmt, die zum Theil, wie bei allen Formen von Asphyxie, vom verminderten Sauerstoffgehalt des Blutes, zum anderen Theil von einer reflectorischen Vagusreizung herrühren.

Noch unlängst haben Nothnagel und v. Ziemssen besonders warm die Anwendung von Nitriten zur Behandlung stenocardialer Anfälle empfohlen. Die von mir versuchte, anscheinend erfolgreiche und gefahrlose subcutane Application des Nitroglycerin entspricht der Indication, den linken Ventrikel schnell und ausgiebig zu entlasten.

Der Blutdruck betrug im Mittel 123,6. Der niedrigste Werth 113 und der höchste 152 differiren um 39. Solch ungleiches Verhalten des Blutdrncks ist um so auffallender als von den in Frage gekommenen Messungen keine einzige während eines stenocardialen Anfalles gemacht worden war, und das im Uebrigen recht gleichmässige Befinden der Kranken diesem ungleichen Blutdruckstande nicht entsprach. Auch in diesem Falle war es gelungen mehrfach den Beweis zu erbringen, dass mit dem Beginn eines jeden stenocardialen Anfalles der Blutdruck zu einer weit über die Norm ragenden Höhe von 170, 190 und 200 hinaufschnellte.

Die Pulsfrequenzen bewegten sich relativ gleichmässig innerhalb enger Grenzen. Ihre Extreme für beide Körperhaltungen waren 64—88:80—108, und die Gesammtmittel verhalten sich wie 73,3:89,3. Diese Zahlen sind aber nur Ausdrucksformen für die Schnelligkeit der Herzthätigkeit in anfallsfreier Zeit. Dass jeder stenocardiale Anfall auch zu plötzlich erfolgtem Aufschnellen der Pulsfrequenz weit über diese Normen Veranlassung gegeben haben muss, wird aus den zu Anfang solcher Anfälle erhobenen Mittelzahlen 104:116 bewiesen und durch die später zu erörternden, während anderer Versuchsphasen gewonnenen Zählungsresultate bekräftigt.

Die an zwei verschiedenen Tagen vor den Bädern bei Spannungsgraden von 25 und 20 aufgenommenen Pulscurven 99, 100, 104 und 105 sind einander in allen wesentlichen Punkten sehr ähnlich. Charakteristisch sind die jäh und hoch aufsteigenden Curvenschenkel, und das nahezu vollständige Fehlen von Rückstosselevationen an den absteigenden Schenkeln. Da haben wir die sphygmographischen Merkmale für die Gegenwart von Hypertrophie des linken Ventrikels und von Insufficienz der Aortenklappen. Wir bemerken aber ferner an allen diesen Curvenbildern dicht unter jedem Wellengipfel eine stark ausgeprägte und weiter unten am absteigenden Schenkel noch andere mehr oder weniger ausgebildete Elevationen — das sind die sphygmographischen Beweise für die Gegenwart von Arteriosclerose. Denn es handelt sich um Elasticitätselevationen, Ausdrucksformen für den vermehrten Spannungsgrad der Arterien. Ich halte mit Landois das Auftreten jener obersten Elevation in von peripheren Arterien stammenden Pulsbildern für ein Product der plötzlich erfolgten und starken Elasticitätsschwankung und nicht, wie F. Maurer will für Klappenschlusselevation. Je grösser der Spannungsgrad der Arterienwandungen ist, um so stärker ist und um so höher rückt auch die erste Elasticitätselevation. Die dadurch entstehende Abplattung der Wellengipfel ist also bei Gegenwart von Aorteninsufficienz und mittlerem Blutdruck ein untrügliches Zeichen von Arteriosclerose. — Die beiden

Curvenreihen, obwohl von weit auseinanderliegenden Tagen stammend, zeugen offenbar von gleichen Circulationsbedingungen, von Abnahme der Strömungswiderstände und Verminderung der Pulsionskraft beim Uebergang zu stehender Haltung, — Verhältnissen, die wir im Allgemeinen als günstige zu beurtheilen gelernt haben.

Die Respirationsfrequenz schwankte in anfallsfreier Zeit zwischen 22 und 30 und beträgt im Mittel 26,0.

Der Blutdruck sank im Bade bei normalen Bedingungen von 123,6 auf 104,3 also um 19,3. Bei zwei im Bade beobachteten Anfällen stieg Bd sofort auf 195 und 210. Das Mittel der I$^1/_4$ hor. nach dem Bade beträgt 122,2 — das der II$^1/_4$ hor. ist 123,5 — und das der II$^1/_2$ hor. 124,8.

Die Pulsfrequenzen ergeben in ihren Mittelzahlen, wenn man die während der beiden im Bade stattgehabten Anfälle erfolgten besonders hohen Steigerungen 116 und 124 eliminirt, das auf folgender Tabelle verzeichnete Verhalten.

vor dem Bad		nach dem Bad		
73,3--89,3	(88,7)	79—93,5	77,7—90,8	75,7—87,7
81,3	86	86,3	84,3	81,7
		I $^1/_4$ hor.	II $^1/_4$ hor.	II $^1/_2$ hor.

Die beiden Curvenreihen sind so übereinstimmend, dass es vollauf genügt die durch das warme Bad bewirkten Veränderungen des Pulsbildes an nur einer Reihe zu verfolgen. Vc (Curve 106) hat im Bade an Höhe stark zugenommen, und die Abstumpfung der Wellengipfel ist, obwohl am absteigenden Schenkel Elasticitätselevationen noch nachweisbar sind, geschwunden, weil die erste Elasticitätsschwankung nicht mehr so stark ausgeprägt und tiefergerückt ist. Das Alles deutet auf Abnahme der Gefässspannung und Zunahme der Ventrikelcontractionen. 15′ nach Beendigung des Bades ist Vc in beiden Körperhaltungen (Curve 107 und 108) noch um Weniges höher als zu Anfang des Versuchs. Die Abstumpfung der Wellengipfel ist wieder aufgetreten und besonders in liegender Haltung deutlich; die Arterienspannung hat also wieder zugenommen Dabei sind, wie das Ueberwiegen von Vc im Liegen erweist, neue Widerstände durch das Bad von Seiten des Venenstromes nicht erwachsen. 40′ nach dem Bade hat Vc keine weitere Aenderung erlitten, die Arterienspannung hat aber, wie die schärfere Ausprägung der Elasticitätselevationen beweist, ein wenig noch zugenommen. — Der Effect des warmen Bades bestand also in Steigerung von Vc, deren stufenweises Abklingen während der ersten nachfolgenden Stunde mit der Rückkehr der Arterienspannung zur Norm gleichen Schritt hielt. Ich bin leider nicht in der Lage während stenocardialer Anfälle aufgenommene Sphygmogramme beizubringen. Die bei den während der Dauer des Bades beobachteten Anfälle nahmen sehr bald einen so bedrohlichen Verlauf, dass an eine sphygmographische Untersuchung nicht wohl zu denken war. Trotzdem habe ich den Eindruck nicht gewonnen, als wenn bei dieser Kranken durch das Bad selbst das Zustandekommen stenocardialer Anfälle begünstigt worden wäre.

Die Respirationsfrequenz stieg im Bade im Mittel von 26,0 auf 28,0 und verhielt sich im Laufe der ersten Stunde nach dem Bade wie 26,2—26,5—26,8.

Folgerungen.

1) Jede Aorteninsufficienz bedingt relativ schnell fortschreitende Arteriosclerose. Da die aufsteigende Aorta und die Coronararterien am frühesten und stärksten betroffen werden, vergesellschaftet sich dieser Klappenfehler besonders häufig mit stenocardischen Anfällen. Sphygmographisch giebt sich die Arteriosclerose durch relativ starke Elasticitätselevationen und Gipfelabplattung der Wellen schon dann zu erkennen, wenn an den dem Auge zugänglichen Arterien makroscopische Veränderungen noch nicht eingetreten sind.

2) Wo, wie in diesem Falle, durch warme Vollbäder eine für die Arbeit des linken Ventrikels nachtheilige Widerstandsvermehrung im Venenstrom des grossen Kreislaufs nicht hervorgerufen wird, könnte von der die Gefässspannung zeitweilig herabsetzenden Wirkung des warmen Bades namentlich bei häufig wiederholter und länger fortgesetzter Anwendung eine günstige Beeinflussung der stenocardialen Erscheinungen wohl angenommen werden. Indessen ist auch aus diesem Fall (cf. VI) die Frage nicht endgültig entscheidbar, trotzdem auch hier nicht der Eindruck hinterblieb, als wenn die warmen Bäder die Auslösung stenocardialer Anfälle begünstigt hätten. Die ungehinderte Vehemenz der beiden im Bade beobachteten Anfälle berechtigt übrigens zu dem Schlusse, dass die gefässerschlaffende Wirkung des warmen Bades weder zur directen Bekämpfung, noch zur Hintanhaltung eines stenocardischen Anfalles ausreicht. (cf. VI.)

---

2 Fälle von letaler Blutung nach Tracheotomie bei Diphtheritis.

Demonstration in der Gesellschaft practischer Aerzte zu Riga am 5. April 1895.

Von

Dr. med. Ferdinand Buchholz

Assistenzarzt am Stadtkrankenhause zu Riga.

M. H.! Ich erlaube mir, Ihnen 2 aus der Abtheilung des Herrn Dr. M. Schmidt stammende Präparate vorzulegen, die insofern einiges Interesse für sich beanspruchen, als sie eine seltene Todesart bei der Diphtherie demonstriren.

Das eine Präparat stammt von einem 1$^1/_2$-jährigen Kinde das am 2. Erkrankungstage unter dem klinischen Bilde der Diphtherie dem Krankenhause eingeliefert wurde. Die schon vorhandene Larynxstenose nahm nach einigen Stunden soweit zu, dass die Tracheotomie ausgeführt werden musste. In den nächsten Tagen sank die Temperatur und die Pulsfrequenz allmählich, der Appetit besserte sich, es wurde genügend expectorirt.

Am 6. Tage leicht blutig gefärbtes Sputum; die Canüle liess sich nicht verschliessen.

Am 7. Tage nahm die Tracheotomiewunde, die bis dahin wenig Heilungstendenz gezeigt hatte, ein schmutziges Aussehen an und war leicht übelriechend. Die Canüle wurde herausgenommen, gereinigt und, da sie gut passte, wieder eingeführt.

Am Abend stieg die Temperatur und blieb den nächsten Tag hoch.

Am 9. Tage sank die Temperatur wieder, Appetit und Allgemeinbefinden befriedigend.

Am 10. Tage erwachte das Kind, nachdem es die Nacht gut geschlafen hatte, hustete, aus der Canüle ergoss sich Blut, in wenigen Minuten trat der Tod ein.

Die Section ergab vorn am Halse eine myrthenblattförmige Tracheotomiewunde, welche genau in der Mittellinie, gleich unterhalb des Ringknorpels beginnt. Die Oeffnung in der Trachea 1,5 Cm. lang und 0,8 Cm. breit. Die Ränder der Wunde in den Weichtheilen des Halses, sowie die weitere Umgebung mit gelblichen diphtheritischen Belägen versehen. An der Schleimhautseite der vordern Trachealwand erstreckt sich, von der Tracheotomiewunde beginnend, ein Zerfall der Schleimhaut noch 3 Cm. weiter nach abwärts. Dieser Zerfall geht anscheinend nicht tiefer, als bis in die Submucosa. Die Knorpelringe der Trachea nirgends blossliegend, doch dürfte das Bindegewebe zwischen den Ringen, ebenfalls wenigstens zum Theil, in Zerfall begriffen sein. Die ganze zerfallene Partie an der Innenseite der vordern Trachealwand hat die Form eines aufrecht stehenden Ovals. Das obere Drittel wird von der eigentlichen Tracheotomiewunde eingenommen, an der Grenze zwischen dem mittlern und untern Drittel findet sich eine Communication mit dem Truncus anonymus. In diesem sieht man an der hintern Seite 15 Mm. oberhalb der Abgangsstelle des Gefässes aus der Aorta eine 1 Mm. weite Oeffnung, durch welche man mit der Sonde in die Trachea gelangt.

Die übrigen Organe bieten ausser der Anämie nichts Abnormes dar.

Das zweite Präparat ist einem 1¾-jährigen Kinde entnommen, das am 3. Erkrankungstage mit den klinischen Zeichen der Diphtherie einkam. Auch hier musste man nach wenigen Stunden zur Tracheotomie schreiten. Ausserdem wurden 2 Fläschchen Behring 1. injicirt.

In den nächsten Tagen bestand reichliche nicht blutig gefärbte Expectoration, befriedigender Schlaf und Appetit. Genau nach 3 mal 24 Stunden starke theils flüssige, theils schaumige hellrothe Blutung aus der Canüle. Als ich nach wenigen Minuten hinzukam, fand ich das Kind sehr anämisch, apathisch daliegen. Eine Blutung aus einem grossen Gefäss oder aus der Thyreoidea nicht nachweisbar.

Nach Entfernung eines grossen die Trachea fast völlig ausfüllenden Fibringerinnsels liess sich eine neue Canüle einführen, Athmung wieder frei. Am folgenden Tage ist das Expectorirte noch blutig verfärbt, über den Lungen zerstreut Rhonchi. Wieder einen Tag später ist das Sputum nicht mehr gefärbt. Reichliche Flüssigkeitsaufnahme. Der Puls kräftiger, die Arterien mehr gefüllt.

Am 3. Tage nach der ersten Blutung, also am 6. Tage nach der Tracheotomie erfolgte wieder eine heftige Blutung aus der Canüle. Nach wenigen Minuten Exitus letalis.

Bei der Section fand man am Halse die Tracheotomiewunde. Dieselbe beginnt am 4. Trachealringe und ist 17 Mm. lang und 8—10 Mm. breit. Ihr entspricht an der Innenfläche der Trachea eine 15 Mm. lange und 10 Mm. breite ovale Wundfläche, in deren Bereich die Schleimhaut der Trachea, sowie die zwischen den Trachealringen befindliche Musculatur necrotisch zu zerfallen begriffen ist. 5 Mm. von ihrem untern Rande entfernt findet sich eine kleine in die Tiefe führende Oeffnung, und gelangt man durch dieses Loch in den Truncus anonymus. Die Intima dieses weist ca. 10 Mm. über dem Ursprung des Gefässes aus der Aorta einen 2—3 Mm. breiten dunkel graublauen Fleck auf, dessen Mitte von einem kleinen Loch durchbohrt wird.

Beide fast ganz gleichalterige Kinder wurden mit verschiedenen Canülen behandelt, die Trachea wurde in verschiedener Höhe eröffnet.

Die Arrosion der Anonyma war in beiden Fällen ziemlich an derselben Stelle zu Stande gekommen. Was nun die Blutung überhaupt im Verlauf der Diphtherie anbetrifft, so kommt sie in geringem Maasse, meist handelt es sich nur um ein leicht blutig tingirtes Sputum, nicht allzu selten vor. Jenny in Münsterlingen zum Beispiel beobachtete sie nach dem 3. Tage nach der Tracheotomie in 25% der Fälle.

Diese kleinen Hämorrhagien, wenn sie die Folge einer leichten Verletzung der Trachealschleimhaut sind, wie sie gelegentlich durch die Canüle hervorgebracht werden kann, sind von keinerlei Bedeutung. Andererseits geben leichte Blutbeimengungen in den ersten Tagen nicht nur nicht eine schlechte, sondern sogar eine recht gute Prognose, wenn sie zu einer Zeit auftreten, wo bei sich besserndem Allgemeinbefinden und bei reichlich werdender Expectoration Membranfetzen ausgehustet werden; sie sind dann die Folge sich lösender Membranen. Doch darf man natürlich nicht vergessen, dass sie zuweilen auch Vorläufer grösserer Blutungen sein können, die theils aus den Lungen, theils aus einem Decubitusgeschwür ihren Ursprung nehmen.

In dem ersten Fall, wo am 6. Tage das Sputum leicht blutig gefärbt war, ergab die Auscultation und Percussion der Lungen normale Verhältnisse. Auch für die Annahme eines Decubitusgeschwürs lag kein triftiger Grund vor: die Canüle liess sich sowohl bei der Tracheotomie, als auch später beim Reinigen leicht einführen, beim Husten machte sich keine Schmerzensäusserung bemerkbar, das Allgemeinbefinden war gut. Dass am 7. Tage nach der Tracheotomie die Temperatur wieder anstieg, fand auch seine genügende Erklärung darin, dass die äussere Wunde ein schmutziges Aussehen angenommen hatte; ausserdem waren kurz vorher vergeblich Versuche gemacht worden, die Canüle zu verschliessen. Letzterer Umstand allein bewirkt nicht selten eine Temperatursteigerung.

Im zweiten Falle fehlte eine vorhergehende leichte Blutung gänzlich.

Während geringe Blutungen, wie wir gesehen haben, kein seltenes Ereigniss sind, finde ich in der Literatur, die mir zu Gebote stand, über letal verlaufende nur wenige Angaben.

Im hiesigen Krankenhause ist bisher kein Fall beobachtet worden.

Jenny erwähnt 3 solcher Fälle, ohne die Ursache dafür mitzutheilen.

Körte beschreibt 1879 als eine der grössten Seltenheiten einen Fall, wo am 10. Tage nach der Tracheotomie durch das untere Canülenende eine Perforation der Arteria anonyma herbeigeführt worden war.

Monti erwähnt in seinem Lehrbuch über Croup und Diphtheritis im Kindesalter 1884 keinen Fall eigener Beobachtung, giebt aber an, das Zimerlin 5 letale Blutungen gesehen habe; der Ursprung derselben ist nicht notirt. Weiter citirt er Gnäudinger, Wood, Wilks, von denen jeder je einen Fall von Arrosion der Anonyma zu verzeichnen hat.

Maass hat späterhin ausser 7 tödtlichen Lungenblutungen, bei denen die Section abgesehen von einzelnen peribronchitischen Herden nichts Besonderes ergab, noch 6 weitere Fälle von Gefässarrosionen gesammelt. In dem einen Fall war durch Uebergreifen des diphtheritischen Processes auf die Thymusdrüse, die hinter dem obern Rande derselben verlaufende Vena anonyma sin. arrodirt. In einem zweiten Fall war durch einen seitlichen Canülendruck die Vena jugul. comm. dext. verletzt worden. 2 Mal fand sich ein Loch in der Mitte der obern Wand der A. anonyma, 2 Mal bestand eine Communication mit der A. carotis dext.

In den 4 letzten Fällen war bei der Section nichts mehr von einem diphtheritischen Process und nicht einmal eine Andeutung eines Decubitalgeschwürs nachweisbar. Maass sucht die doch erfolgte Perforation dadurch zu erklären, indem er annimmt, dass bei der granulirenden Wunde sich allmählich das perivasculäre Bindegewebe und dann auch die Gefässhäute in Granulationsgewebe umgewandelt hätten. Ausserdem kommt noch das hinzu, dass bei der Durchschneidung des Gewebes bei der Tracheotomie die Gefässe ihren Halt verloren hätten und nun der Blutdruck auch noch schwächend auf die Wandung einwirken könnte.

Ich beabsichtige nicht, auf diese Hypothese weiter einzugehen. Ersehen lässt es sich aber aus den Maass'schen Ausführungen, dass die Gefässzerstörung nicht nur durch den mechanischen Insult der Canüle bedingt ist, sondern dass auch andere Momente dabei thätig mithelfen.

Da in den von mir referirten Fällen die Perforationsöffnung über dem untern Canülenende lag, also nicht an der Stelle, wo die Canüle besonders geeignet wäre, ihre schädliche Wirkung auszuüben, so glaube auch ich nicht, dass die Canüle allein die schliessliche Gefässzerreissung bewirkt habe, sondern dass der diphtheritische Process dabei eine wesentliche Rolle gespielt hat.

Der Therapie sind die Blutungen wenig zugänglich. Bei leichter Blutung wird man die Canüle möglichst schnell zu entfernen suchen. Sollte dass nicht gehen, so wird man, falls man annimmt, dass die Canüle nicht gut passt, diese durch eine andere ersetzen. Dieses ist aber überhaupt schon das Princip der Canülenbehandlung. Ist es aber bereits zur Gefässarrosion gekommen, so wird eine Therapie in der Regel wohl illusorisch sein.

Der Zweck dieser Mittheilung war, die Casuistik zu erweitern und Sie, m. H., an diese seltene Complication der Diphtherie zu erinnern.

Zum Schluss danke ich Herrn Dr. M. Schmidt für die freundliche Ueberlassung des Materials.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Alexander Schmidt. Weitere Beiträge zur Blutlehre. Nach des Verfassers Tode herausgegeben. (Wiesbaden. Verl. v. J. F. Bergmann. 1895. 249 Seiten).

Nachdem Al. Schmidt in seinem Werk «Zur Blutlehre» (Leipzig, Verl. v. F. C. Vogel, 1892), welches wir seiner Zeit (cfr. Petersb. med. Wochenschr. 1893. p. 83) besprochen haben, die Summe seiner zwanzigjährigen Arbeiten zusammenfassend dargestellt hatte, drängte es ihn, die verschlungenen Wege seiner Forschung nochmals rückschauend zu überblicken und durch ergänzende Untersuchungen weiter zu ebnen und gangbar zu machen. So entstand das vorliegende Werk, das Schmidt als Fortsetzung und Ergänzung seines ersten Buches betrachtete und an dessen Vollendung er die letzten Kräfte seines Lebens gesetzt hat. Ist es ihm gleich nicht vergönnt gewesen, Alles auszusprechen, was er noch zu sagen hatte, so wird doch kein Leser leugnen wollen, dass das Buch auch so, wie es jetzt ist, ein abgeschlossenes Ganzes bildet. Als ein besondres Glück erscheint es uns, dass die Feder der Hand des Forschers erst entfiel, nachdem das V. Kapitel abgeschlossen war. In diesem Abschnitt leuchtet zum letzten Mal der reiche Geist des Entschlafenen auf und lässt uns die weiten Ausblicke erkennen, die durch seine Forschungen für die Physiologie des Blutes gewonnen sind.

Im ersten Kapitel bespricht Al. Schmidt den kolloïdalen Faserstoff und die physikalischen Bedingungen, unter denen derselbe in die geronnene, unlösliche Modification, das s. g. Fibrin, übergeht. Die Analogie dieses Vorganges mit der durch Salze bewirkbaren Gerinnung andrer Kolloïdalsubstanzen, insbesondere der Kieselsäure wird ausführlich besprochen. Das 2. Kapitel handelt über die Abspaltung des Thrombins oder Fibrinfermentes von seiner unwirksamen Vorstufe, dem Prothrombin und die Beeinflussung dieses Vorganges durch die Neutralsalze der Alkalien und Jodalkalien. Im 3. Kapitel wendet Schmidt sich gegen die jetzt so geläufigen Ansichten vieler Autoren, welche den Kalksalzen des Blutes eine specifische Rolle bei der Gerinnung des Faserstoffes zusprechen. Er zeigt, dass die Gegenwart der Kalksalze ebenso wie auch andrer Erdsalze zwar die Abspaltung des Thrombin's von Prothrombin ermöglicht, aber für die eigentliche Wirkung des Thrombins sowie für die Entstehung des Faserstoffes aus seinen Vorstufen keine conditio sine qua non ist. Das 4. Kapitel behandelt die Abhängigkeit der Menge des aus der gerinnenden Flüssigkeit ausfallenden Faserstoffes von gewissen äussern, die Gerinnung beinflussenden Einwirkungen, wie z. B. der Temperatur, der Salze, bes. des NaCl und des $CaCl_2$. Sehr wichtig ist die Thatsache, dass ein Zusatz von Paraglobulin zur gerinnenden Flüssigkeit eine Vermehrung der durch die Thrombinwirkung gelieferten Faserstoffmenge bewirkt. Diese fibrinvermehrende Wirkung des Paraglobulin beruht, wie Schmidt zeigt, darauf, dass während der Gerinnung durch das Thrombin die fibrinogene Substanz vom Paraglobulin abgespalten und zugleich in die Form des flüssigen Faserstoffes übergeführt wird. Wie man sieht, kommt Al. Schmidt zum Schluss seiner Lebensarbeit dazu, den Wirkungskreis seines Fibrinfermentes wesentlich weiter zu ziehen als zur Zeit seiner Entdeckung. Das Thrombin spaltet nicht blos das Fibrin von der fibrinogenen Substanz ab, sondern vermag zugleich die Abspaltung der letztern vom Paraglobulin zu bewirken.

Das 5. Kapitel ist betitelt: Zur Kenntniss des Protoplasmas und seiner Derivate. Hier geht der Verf. näher auf die zuerst von ihm aus dem Protoplasma der thierischen Zellen isolirten hoch organisirten Stoffe ein, die er mit dem Namen der zymoplastischen Substanzen, des Cytoglobin und des Cytin belegt hat. Wir müssen es uns versagen diese hochinteressanten Ausführungen an dieser Stelle wiederzugeben. Sie werden für die künftigen Forschungen über die Physiologie des Blutes und der thierischen Zelle massgebend bleiben; es sei uns aber gestattet die Ueberzeugung auszusprechen, dass die Anerkennung der Schmidt'schen Blutlehre nur eine Frage der Zeit ist.

Prof. K. Dehio hat dem Buch einleitende Bemerkungen vorausgeschickt, welche dazu bestimmt sind, dem Leser, falls er mit dem ersten Werk von Al. Schmidt «Zur Blutlehre» nicht vertraut sein sollte, das Verständniss der folgenden Kapitel zu erleichtern. Zugleich dürfte durch das detaillirte Inhaltsverzeichniss, welches dem Buche beigegeben wurde, die Handlichkeit desselben erhöht worden sein. D—o.

R. Ziegenspeck: Anleitung zur Massagebehandlung (Thure Brandt) bei Frauenleiden. Berlin 1895. Verlag v. S. Karger. 170 S.

Verf., der als Erster nach Thure Brandts eigener Anleitung behandelt und das gleiche Thema bereits in einem klinischen Vortrage (alte Folge 353 und 354) bearbeitet hat, fühlt sich veranlasst nochmals auf dasselbe Thema zurückzukommen, weil er «immer noch von Aerzten, ja Fachgenossen gefragt wird, ob an der Sache etwas sei.» Auf Grund seiner vieljährigen Erfahrung befürwortet Z. die Anwendung der Massagebehandlung aufs Wärmste und will derselben den gebührenden Antheil in der gynäkologischen Therapie anweisen. Bei voller Anerkennung der Verdienste Thure Brandts hält es Z. doch für zweckmässig die Methode zu vereinfachen und manche Umständlichkeiten, die zu grosse Opfer an Zeit und Mühe verlangen, zu beseitigen. Hierher gehört die Maschinenheilgymnastik, auf die Brandt grosses Gewicht legt, die sich aber nach Verf. Meinung für eine grosse Anzahl von Fällen als entbehrlich erweist, freilich nicht immer.

Die Massagebehandlung richtet sich gegen die so häufigen chronischen Entzündungen des Bauchfells und Beckenbindegewebes, welche ein hervorragendes Contingent der Frauenkrankheiten liefern. Demnach würde die Indicationsstellung kurz lauten: bei allen mit Schrumpfung und Verklebung einhergehenden chronischen Entzündungsprocessen (Oophoritis, Parametritis, Peritonitis chron. adhaesiva, Reste von Ergüssen, wie Hämatocele retrouterina etc.), wo Herstellung der Beweglichkeit erzielt werden soll. Verf. geht des Näheren auf die eben genannten Krankheiten ein, weil gerade diese Categorie von Erkrankungen in den Lehrbüchern zu wenig Berücksichtigung findet und bespricht die Art und Weise der Anwendung der Massage für jeden Fall. Auch Pyo- und Hydrosalpinx zieht Z. in passenden Fällen in den Bereich der Massagebehandlung, acute Processe und grössere Tumoren sind ausgeschlossen. Man sucht durch «Ausstreichungen» zum Uterus hin den Inhalt der Tube in diesen zu entleeren. Ist ein Theil der Tube verschlossen und dieser Theil lang, so ist die Aussicht gering, die Communication mit der Uterushöhle, mithin den Abfluss des Tubeninhaltes, herzustellen. Z. hat 14 Tubencysten und 6 kleine Ovarialtumoren zum Schwinden gebracht. Die Heilung kleiner (nicht über 10 Ctm. Durchmesser) und dünnwandiger Ovarialcysten ist möglich und ungefährlich. Am längsten verweilt Verf. bei der Besprechung der Retroflexio uteri und fügt zu den anfangs angeführten Theorieen noch drei hinzu. Retrodeviationen entstehen: 1) durch Hämatocele retrouterina bei beträchtlicher Tiefenentwickelung des Cul de sac, 2) durch eine Parametr. sup. bei welcher im weiteren Verlauf die Schrumpfung der Stränge den fundus nach hinten und oben zieht, 3) durch Fixirung des Peritoneums der Excavatio vesicouterina an der Cervix ut., so dass die cervix nach vorn und unten fixirt wird und der Uterus nach hinten fällt. Wenn bei fixirter Retroflexio die Zerreibung der Adhäsionen nach 4—5 Tagen noch keine Aussicht giebt, so führt Verf. nach Schultze die forcirte Dehnung in Narcose aus. Auch für die Entstehung des Prolaps fügt Verf. eine neue, auf anatomischen Studien basirende Theorie hinzu: «die Bedingungen für die Entstehung eines Prolaps sind vorhanden, wenn die Portio vagin. in der Scheidenöffnung des Levator ani d. h. des Beckenbodens sich befindet. In diesem Fall ist die Port. vag. der Einwirkung der Druckdifferenz zwischen Atmosphäre und intraabdominellem Druck ausgesetzt.» In der Prolapsbehandlung hat die Massage keine grossen Erfolge aufzuweisen. Lingen.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

587. Sitzung am 14. März 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär W. Beckmann.

1. Herr Anders demonstrirt den Schede'schen Apparat zur Scoliosebehandlung und den Mikulicz'schen Apparat zur Messung der Deviation der Wirbelsäule bei der Scoliose.

2. Herr Krewer berichtet über folgenden Fall von Hysterie:

Im Januar d. J. hatte ich Gelegenheit einen seltenen Fall von Hysterie zu beobachten. Am 13. Januar d. J. um 7 Uhr am Abend wurde in die Frauenabtheilung des Obuchow'schen Krankenhauses ein 24-jähriges Mädchen gebracht, welches vor einer Stunde an starken Halsschmerzen und Bluterbrechen erkrankt war. Bei der Aufnahme gelang es von der Patientin folgendes zu erfahren. Sie war bis 6 Uhr desselben Tages vollständig gesund gewesen und hatte sich sehr wohl gefühlt, hatte keinerlei Halsschmerzen gehabt. Um 6 Uhr Abends während des Essens (Patientin ass kleine geräucherte Fischchen «рапушки») verspürte Patientin plötzlich einen starken Schmerz im Halse (Pat. zeigt auf die linke Mandelgegend), welcher Schmerz sich bald steigerte. Nach ca. 15 Minuten trat reichliches Bluterbrechen ein, welches sehr hartnäckig war. Nach weiteren 15 Minuten entleerte Patientin durch Erbrechen eine Membran, welche der dabei anwesende Arzt sammt der Kranken in das Krankenhaus abschickte. Weiter konnte ich von der Kranken erfahren, dass vor 5 Jahren bei derselben ein ähnlicher Anfall gewesen war. Während des Trinkens (Patientin trank damals Kwas (Dünnbier) nämlich verspürte sie plötzlich einen Schmerz im Halse (in beiden Tonsillargegenden), das Schlucken wurde unmöglich und es trat Bluterbrechen ein, wenn auch nicht so reichlich, wie dieses Mal. Die Kranke consultirte damals Dr. Höppner, der die Vermuthung aussprach, sie habe ein Glasstückchen, das sich zufällig

im Getränke befand, verschluckt und in folge der Verletzung sei die Blutung aufgetreten. Eine Membran will die Patientin damals nicht ausgeschieden haben. Nach einigen Tagen war Patientin wieder hergestellt. Von dieser Zeit an wiederholten sich aber ähnliche Anfälle von plötzlich auftretendem Halsschmerz und Bluterbrechen in verschiedenen Intervallen von 2—3 Monaten, scheinbar ohne jeden Grund. Der letzte Anfall war vor ½ Jahr. — Von irgend welchen durchgemachten Infectionskrankheiten will Patientin nichts wissen, ebenso negirt sie irgendwelche Nerven- oder Geisteskrankheit in der Familie. Menstruirt seit dem 14. Lebensjahre, 4-wöchentlich, 3—4 tägig, schmerzlos; seit dem August keine Regel. — Von irgend welcher Vergiftung kann keine Rede sein.

Status 13. Januar 1895, 7 Uhr Abends. Patientin von mittlerem Wuchse und gracilem Knochenbau. Ernährungszustand befriedigend. Kaum merkliche Anaemie, Gesichtsausdruck ängstlich. Die mimischen Gesichtsbewegungen weisen auf starke Schmerzhaftigkeit bei jedem Versuch zu schlucken. Patientin klagt über ein Schmerzgefühl im Halse und über dem Sternum. Im Pharynx, ebenso im Larynx ist nichts Pathologisches zu constatiren. Uebrigens ist die Untersuchung sehr erschwert durch den fortwährenden Brechact. Jede Verbrennung, Aetzung etc. ist direct auszuschliessen. An den parenchymatösen Organen ist nichts abnormes zu finden. Der Leib ist vergrössert entsprechend dem V. Schwangerschaftsmonate, was auch die vaginale Untersuchung (von Dr. Wasten) bestätigt. Die Herzthätigkeit ist regelmässig, rhythmisch; die Contractionen sind kräftig. — Temp. 36,7. P. 84. R. 24. Der Urin ist klar, durchsichtig von schwach-saurer Reaction, spec. Gew. 1013, enthält kein Eiweiss. — Patientin erbricht oft Blut theilweise flüssig schwärzlich, theilweise in Gerinnseln. Besonders tritt Erbrechen ein bei jedem Versuch zu schlucken. Patientin ist nicht mal im Stande Eisstückchen zu schlucken.

Von hysterischen Erscheinungen fand man bei der Kranken blos eine Herabsetzung der Sensibilität an verschiedenen Körperstellen und Ausbleiben von jeglichem Reflex bei Berührung der Sclera.

Verlauf. Nach einer Morphiuminjection, welche recht bald nach der Aufnahme im Hospital gemacht wurde, verminderte sich das Erbrechen, wiederholte sich aber in den nächstfolgenden Tagen einige mal täglich aber unter Verminderung der Menge des Blutes im Erbrochenen und endlich schwand das Erbrechen am 19. Januar vollständig. Da das Schlucken unmöglich war, so wurde Patientin per Clysma ernährt (Bouillon, 2 Eier, Wein) bis zum 21. Januar. Darauf trat allmählich Besserung ein und zwar recht schnell. Patientin trank selbst warme Milch (20. Jan.) darauf Bouillon (22. Januar) darauf gehacktes Fleisch (24. Januar) und endlich weiches Weissbrod (25. Januar). Am 29. Januar verlässt Patientin das Krankenhaus. — Von medicinischen Präparaten erhielt die Kranke täglich Infus. Valer. e. 5,0—100,0. Kali bromati 4,0. 1 Mal täglich per Clysma vom 14. bis zum 22. Januar. Ich hatte Gelegenheit nach 2 Wochen die Kranke nochmals vollständig gesund zu sehen. Die T. überstieg nicht 37,0, meistens 36,7—36,8. Die am 13. Januar während des Erbrechens ausgeschiedene Membran stellt im frischen Zustande eine 30 Cmt. lange dünne häutige Röhre vor, von rosa-grauem durchscheinendem Aussehen. Die Wand der Röhre war an in ihrer inneren, wie äusseren Fläche vollständig glatt ohne den kleinsten Defect an ihrer Oberfläche, besonders glatt erschien die innere, der submucosa des Oesophagus zugekehrte Fläche. Die mikroskopische Untersuchung dieser Membran ergab, dass dieselbe die in toto losgestossene Epitheldecke des Oesophagus war. Das Epithel ist ein vollständig normales Plattenepithel. Die unterste resp. innerste (der Submucosa zugekehrte) Schicht der Membran könnte auf den ersten Blick den Eindruck einer kleinzelligen Infiltration machen, aber bei genauerer Untersuchung kann man sich davon überzeugen, dass auch diese Schicht hauptsächlich aus dicht zusammengedrängten jungen Epithelzellen besteht, welche die sog. Matrix darstellen und zum Ersatz der oberflächlichen und zu Grunde gehenden Epithelzellen dienen. In derselben Schicht findet man in manchen Zellen karyokinetische Figuren in verschiedenen Stadien. Ein ebensolches Bild findet man mikroskopisch auch an Querschnitten eines normalen Oesophagus.

Es ist also klar, dass die ausgeschiedene Membran die epitheliale Decke des Oesophagus darstellt, welche sich von der subepithelialen Schicht losgelöst hat und durch Erbrechen ausgeschieden wurde. Die Loslösung und Ausscheidung spielte sich in einem Zeitraum von 15—20 Minuten ab. Die histologische Structur der Membran, wie die mikroskopische Untersuchung überzeugend beweist, ist zweifellos von vollständig normalem Verhalten: an den einzelnen Epithelzellen ist auf keine Weise etwas Pathologisches zu erkennen. Von einer kleinzelligen Infiltration an der inneren Schicht kann hier keine Rede sein, es sei denn, dass man bei sorgfältiger Untersuchung vereinzelte Rundzellen finden würde, was aber an der Sache wenig ändern würde. Die Membran selbst ist makroskopisch an ihren beiden Oberflächen glatt und lässt keine Defecte erkennen. Wenn ich noch auf die reichliche Blutung hinweise und hinzufüge, dass die Patientin vor diesem Casus vollständig gesund war und noch wenige Minuten vorher von keinem Halsleiden etwas wusste, und dass die Temperatur während der ganzen Beobachtungszeit normal war, so glaube ich mit einigem Recht jede Entzündung (im pathologischen Sinne) und zuvor jede Eiterung in Abrede stellen zu können. Wir kennen in der Pathologie keine derartig fulminanten und verbreiteten Entzündungen, welche klinisch so leicht verliefen und nicht ein mal eine einzige Temperatursteigerung gäben. Ich glaube deshalb den ganzen Process auf eine sehr acute Transsudation zurückführen zu dürfen. Es mag sein, dass die Vorstellung der Kranken, sie habe ein Grätchen verschluckt und dass dasselbe in Halse steckt dazu Anstoss gegeben hat. Die Transsudation und die nachfolgende Loslösung der Membran traten so schnell ein, dass weder in der subepithelialen Schicht noch auch im abgestossenen Epithel Veränderungen vor sich gehen konnten. Es trat darauf ein Spasmus des Oesophagus ein, der zusammen mit den Brechbewegungen die Loslösung begünstigte und die Austossung bewerkstelligte. Aus der in der ganzen Ausdehnung des Oesophagus freigelegten (wunden) subepithelialen Schicht — trat nun eine parenchymatöse Blutung ein. Das Blut senkte sich der Schwere nach in den Magen und wurde darauf erbrochen. Deshalb hatte das erbrochene Blut ein so verändertes Aussehen. Die Annahme einer sehr acuten Transsudation ist im Stande alle Erscheinungen, sowohl die pathologischen, als auch die klinischen zu erklären. Diese Annahme ist um so plausibler, als wir wissen, dass sich ähnliche Anfälle schon öfters früher bei der Kranken wiederholt hatten und zum ersten Mal vor 5 Jahren fast ebenso stark, wie zuletzt, aufgetreten waren. Allerdings will die Kranke von einer früher ausgeschiedenen Membran nichts wissen. Wir haben es hier mit einer zweifellos hysterischen Person zu thun, was noch mehr für unsere Annahme spricht. Aehnliche Erscheinungen sehen wir bei Hysterischen in dem Auftreten von Urticaria factitia, von Haemorrhagien in der Haut (Fall von Dr. Hackel) etc. In der Literatur finden wir ähnliche vereinzelte Fälle. Ausführlicher ist ein ähnlicher Fall von Birch-Hirschfeldt beschrieben. Es handelte sich um eine hysterische Dame, welche plötzlich nach vorhergegangenem ungetrübtem Wohlsein und ohne dass ein Verdacht auf eine Intoxication vorlag, erkrankte. Es trat Schmerz im Halse, Unfähigkeit zu schlucken, Uebelkeit, grosse allgemeine Mattigkeit und febrile Temperatursteigerung ein. Am 3. Tage der Krankheit wurde durch Würgbewegungen eine ca. 20 Cm. lange häutige Röhre von grauem, etwas durchscheinendem Aussehen entleert. Bei der mikroskopischen Untersuchung, welche vom Verfasser angestellt wurde, erwies sich dieselbe als die in toto losgestossene Epithelialdecke des Oesophagus; das Epithel war in seiner oberen Schichte von durchaus normalem Verhalten, in der unteren Schichte auf das dichteste von Rundzellen durchsetzt (?). Birch-Hirschfeldt glaubt, dass man mit grosser Wahrscheinlichkeit als Veranlassung dieser pseudocroupösen Entzündung des Oesophagus eine höchst acute subepitheliale Eiterung annehmen müsse, welche zur Abhebung der Epitheldecke führte. — Die Kranke genas allmählich. Nach ihrer Angabe will übrigens die Kranke bereits vor Jahren eine gleiche röhrenförmige Masse unter ähnlichen Krankheitserscheinungen erbrochen haben. — Der Fall weist im Allgemeinen grosse Aehnlichkeit mit dem meinigen auf, nur konnte ich auf keine Weise eine kleinzellige Infiltration bei der mikroskopischen Untersuchung finden und kann deshalb eine subepitheliale Eiterung nicht zugeben.

3. Herr Westphalen spricht über die Behandlung der chronischen Obstipation. Der Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt.

588. Sitzung am 28. März 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz. Secretär: W. Beckmann.

1) Herr Horn bemerkt zu dem in der vorigen Sitzung von Herrn Anders demonstrirten Schede'schen Apparat, dass derselbe nicht ohne Mängel sei. Die Feststellung des Schultergürtels behindert die freie Athmung und wird der Thorax in seinen oberen und seitlichen Partien zusammengepresst. Bei der Scoliosetherapie geht unser Bestreben dahin eine seitliche Expansion der Rippen zu bewerkstelligen, dieses wird durch den demonstrirten Apparat verhindert.

Herr Anders weist darauf hin, dass jeder Apparat den Thorax belaste, er bezweifelt es, dass der Thorax durch den Schede'schen Apparat mehr belastet werde, als durch andere ähnliche Apparate. Es findet auch nicht eine eigentliche seitliche, sondern eine diagonale Belastung statt, wodurch eher eine seitliche Expansion der Rippen befördert wird. Der Apparat greift am vorderen und hinteren Rippenbuckel an, weshalb nachweislich die seitlichen Thoraxpartien sich vorwölben. Ueber Athembeschwerden haben die Pat. bei der Behandlung niemals geklagt noch auch sonst sich über den Apparat beschwert. Während der Anwendung des Apparates findet unausgesetzt thoracische Athmung statt.

2) Herr Kroug, Zur Therapie der Obstipation. (Der Vortrag wird in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden).

Herr Hagentorn. Bei der Behandlung der Obstipation ist von Herrn Westphalen vorwiegend die Physiologie der Verdauung berücksichtigt worden, während Herr Kroug das Verhältniss der einzelnen Nahrungsstoffe, — Eiweiss, Fett und Kohlehydrate — zueinander, wie auch das Quantum derselben entsprechend der dem Organismus nothwendigen Calorienzahl in den Vordergrund seiner Betrachtungen stellte. So dankenswerth auch solche Bestrebungen sind, praktische Fragen auf Grund von in Laboratorien angestellten Versuchen zu lösen, ist es doch zu bezweifeln, ob alle Erscheinungen der habituellen Verstopfung auf diese Weise erklärt werden können. Ebensowenig genügen die dargelegten Grundsätze um die habituelle Verstopfung zu heilen. Bemühungen, die in diesem Sinne angestellt werden, schlagen in praxi häufig genug fehl, ja man erlebt es sogar, dass Verschlimmerungen eintreten. Was zunächst das von Herrn Westphalen bei der paretischen Form der Obstipation empfohlene Regime betrifft, so ist daran zu erinnern, dass häufig Pat. mit dieser Form der Obstipation (Beamte, Kaufleute und andere eine sitzende Lebensweise führende Individuen) auf dem Lande im Sommer häufig ihre Verstopfung verlieren, trotzdem sie bei der Fleischkost bleiben oder sogar infolge der erschwerten Beschaffung der Lebensmittel im Dorf eine noch ausgesprochenere Eiweisskost zu sich nehmen. Ausser der von Herrn Westphalen beschuldigten Fleischkost kommen eben noch andere ätiologische Momente beim Zustandekommen der Obstipation in Betracht. Hierher sind zu rechnen die deprimirende Einförmigkeit der Beschäftigung solcher Pat., die sitzende Lebensweise, der Mangel an Bewegung wie überhaupt die abnorme Lebensweise mit ungenügender Nachtruhe (nächtliches Kartenspiel etc.). Wenn solche Pat. ihre Beschwerden im Sommer auf dem Lande bei veränderter Lebensweise trotz verstärkter Eiweisskost verlieren, so erlebt man es häufig genug, dass dieselben in der Stadt bei alter Lebensweise von neuem an Verstopfung zu leiden beginnen. Was die Zahlen betrifft, welche die Gewichtsverhältnisse der einzelnen für den Organismus nothwendigen Nahrungsstoffe angeben, ist zu bemerken, dass dieselben im Laboratorium am normalen Menschen bei ganz bestimmten Lebensbedingungen und Verhältnissen gewonnen sind. Beobachtungen im praktischen Leben sind mit diesen Resultaten der Laboratorienforschung nicht immer in Einklang zu bringen. Sowohl im Militär, als auch an vom Lande in die Stadt gezogenen Dienstboten kann man die Beobachtung machen, dass dieselben anfangs die viel rationellere und mannigfaltigere, den Forderungen der wissenschaftlichen Forschung entsprechende Kost in der Stadt zurückweisen und bei der ihnen gewohnten einförmigen Kost, auf die ihr Organismus eingestellt zu sein scheint, bleiben. Erst allmählich gewöhnen sich dieselben an die neue Kost. Auch die Resorptionsfähigkeit der einzelnen Nahrungsstoffe scheint davon abhängig zu sein, mit welchen anderen Speisen zusammen sie genossen werden. Wenn aber im Laboratorium die Resorbirbarkeit einer Speise in der Weise bestimmt wird, dass dieselbe allein dem Versuchsobject zugeführt wird, so entsprechen die gefundenen Resultate nicht den Verhältnissen im gewöhnlichen Leben. Auch die Beobachtung, dass die Art der Zubereitung der Speisen auf ihre Resorbirbarkeit nicht ohne Einfluss bleibt, ist hier zu erwähnen. Die Tabellen, in denen der Nährwerth der einzelnen Nahrungsmittel angegeben wird, genügen also keineswegs für die Praxis, ebenso wenig darf den physiologischen Processen im Darm allein zu viel Bedeutung beigemessen werden, man muss vielmehr bei der Behandlung der Obstipation sehr individualisiren. Genügende Muskelthätigkeit und entsprechende Gemüthsstimmung sind vielleicht sogar mehr zu berücksichtigen als der Chemismus der Verdauung.

3. Herr Lunin spricht über die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

Vortragender erwähnt zuerst die von Hansemann und Kassowitz gegen die Behandlung der Diphtherie mit Heilserum gemachten Einwände, dem gegenüber sind nach einer Zusammenstellung von Gamalei von 3888 mit Serum behandelten Pat. 716 oder 18,4 pCt. gestorben, was für diese Behandlungsart spricht. Mit der Frage der sogenannten Pseudodiphtherie haben sich die Autoren in letzter Zeit besonders häufig beschäftigt. Bei der Pseudodiphtherie findet man nicht den specifischen Diphtheriebacillus, sondern ein ihm sehr ähnlich aussehendes Stäbchen, das von Hoffmann beschrieben wurde oder aber noch häufiger Coccen. In 24—37 pCt. der Fälle ist der Löffler'sche Bacillus nicht gefunden. Es sind sogar kleine Epidemieen beobachtet worden, wo es sich um solche diphtherieähnliche Erkrankungen resp. croupöse Anginen handelte. Vortragender untersuchte 17 fragliche Fälle und fand in 10 Fällen nur Coccen, in 7 Fällen den Löfflerschen Bacillus. In 5 Fällen von Rhinitis fibrinosa wurde kein mal der Diphtheriebacillus gefunden, 2 mal kleine Stäbchen. Vortragender demonstrirt nun Culturen und Abbildungen des Diphtheriebacillus wobei die Degenerationsformen desselben besonders berücksichtigt werden und auf die Morphologie desselben näher eingegangen wird.

Im Ganzen hat L. 26 Pat. mit Serum behandelt, davon 6 in der Privatpraxis. In allen Fällen mit Ausnahme von 3 Fällen der Privatpraxis wurden durch die bacteriologische Untersuchung Löffler'sche Bacillen nachgewiesen. In 7 Fällen handelte es sich um Diphtheria faucium et laryngis. 5 Kranke wurden tracheotomirt. In einem schweren Falle wurde der fortschreitende Process durch die Seruminjectionen zum Stillstand gebracht. Von den 5 Tracheotomirten starben 2. Der eine Pat. starb an einer eitrigen Mediastinitis complicirt mit Pleuritis 18 Tage nach der Tracheotomie; der andere Pat. erkrankte 3 Tage nach der Tracheotomie an einem schweren Scharlach. Die Section dieses Pat. ergab Bronchitis putrida et Pneumonia catarrh. duplex. Der günstige Ausgang der Tracheotomirten scheint zu Gunsten der Serumbehandlung zu sprechen. Zur nächsten Gruppe gehören 17 Patienten, bei denen nur der Pharynx erkrankt war, darunter 6 Patienten mit schwerer plegmonösseptischer Erkrankung. Von letzteren 6 Pat. starben 2. Im Ganzen starben von den 17 Pat. mit Affection des Pharynx 6, davon 2 an hinzugetretenem Scharlach, einer 3 Tage nach der Injection an Herzparalyse, weitere 2 Pat., die in desolatem Zustande am 6—7. Krankheitstage in's Hospital gebracht waren, starben am Tage nach der Injection an Tracheobronchitis fibrinosa und lobulärer Pneumonie. Der letzte Pat. starb an der plegmonösen Form 18 Stunden nach der Aufnahme ins Hospital.

Weiter sind zu erwähnen 2 Pat., die moribund in's Hospital gebracht wurden und 10 resp. 5 Stunden nach der Injection starben. Ohne auf Grund dieser nicht zahlreichen Fälle ein Mortalitätsprocent aufstellen zu wollen, ist doch hervorzuheben, dass der subjective Eindruck, den die Serumtherapie machte, ein günstiger war, besonders gilt dies für die Larynxdiphtherie.

Von Nebenwirkungen ist zu erwähnen, dass in 2 Fällen von Tracheotomie nach der Injection starke Albuminurie auftrat, die vorher nicht vorhanden gewesen war. Von 11 weiteren untersuchten Fällen von Pharynxdiphtherie kam bei 2 Pat. eine starke Albuminurie bei einem dritten nur schwache Eiweissausscheidung zur Beobachtung.

Eine deutliche Einwirkung der Injectionen auf Puls und Temperatur konnte nicht beobachtet werden. Die Beläge schwanden nach 1 Tag 2 mal, nach 2 Tagen 4 mal, nach 3 Tagen 6 mal, nach 4 Tagen 3 mal, nach 5 Tagen 1 mal, nach 6 Tagen 1 mal. Gewöhnlich begrenzen sich die Beläge nach der Injection, werden eitrig und verschwinden; 2 mal wurden grosse Membranen losgestossen. 3 mal konnte nach der Injection eine Ausbreitung der Beläge constatirt werden auf die Mandel resp. Uvula. Die Schwellung des Pharynx nahm nach der Injection kein mal zu, ging vielmehr jedesmal zurück, bisweilen sehr schnell.

Geringe Schmerzhaftigkeit an der Injectionsstelle wurde 4 mal, leichter erythematöser Ausschlag 3 mal beobachtet. Einmal trat ein Exanthem auf dem weichen Gaumen auf, das an ein hämorrhagisches Scarlatina-Exanthem erinnerte. Dasselbe schwand nach 2 Tagen. Ein anderes Mal entstand ein schwaches nach 1 Tage schwindendes Exanthem, 2 mal ein scharlachähnlicher Ausschlag.

Die Serumtherapie wirkt also günstig, besonders bei der Erkrankung des Kehlkopfes, indem sie die Ausbreitung des Processes hintan zu halten scheint. Wenig zu erwarten ist von derselben, wenn der günstige Moment schon verpasst ist, und sich die Bronchialschleimhaut schon mit Membranen bedeckt hat. Je früher die Behandlung eingeleitet wird um so besser. Das Antitoxin vermag entweder das im Blute kreisende Toxin zu neutralisiren oder die noch gesunden Gewebe giftfest zu machen. Die schon erkrankten Gewebe zu restituiren vermag das Serum nicht. Es ist also rathsam, die Injection zu machen noch bevor die bakteriologische Untersuchung beendet ist. Falls letztere die Diagnose nicht bestätigt, so hat man dem Pat. nicht geschadet. Jedenfalls steht der eventuelle Schaden nicht im Verhältniss zur Gefahr, welcher der Pat. durch eine Verzögerung ausgesetzt wird.

Herr Masing ist mit der Anschauung des Vortragenden nicht einverstanden, dass seit der Entdeckung des Löffler schen Bacillus die Procentzahl der in Genesung ausgehenden Fälle von Diphtherie sich nicht verändert habe. Nach den Beobachtungen von Löffler und Strübing in der Greifswalder Klinik ist bei der Behandlung der Diphtherie mit der von Löffler angegebenen Mischung (Toluol Menthol und Liq. ferri sesquichlorati) kein Todesfall vorgekommen. So gross auch die Bedeutung der Serumtherapie ist, hat doch auch die locale Therapie ihre Berechtigung. Sie wird vorwiegend dort zur Anwendung kommen müssen, wo aus irgend welchen Gründen kein Serum beschafft werden kann.

Herr Schmitz giebt an, dass die Toluolbehandlung im Oldenburger Kinderhospital sowohl allein, als auch bei gleichzeitiger Serumtherapie zu negativen Resultaten geführt hat,

Herr Lunin kann dieselbe Angabe für das Elisabeth-Kinderhospital machen. Auch dort blieb die locale Behandlung ohne Einfluss auf die Mortalität.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 2. Mai 1895.

1. Dr. Westphalen verliest eine zum Druck bestimmte Abhandlung über die Heilung von Nierenwunden.

Bisher ist bloss eine Niere 7 Tage nach stattgehabter Nephrotomie untersucht worden und zwar nur makroskopisch von O. Israel. Ref. hat vor Kurzem 2 Fälle von Dr. Greiffenhagen in Reval zugestellt erhalten; beide Nieren zeigen nur eine feine schmale Narbe, die absolut keine Einwirkung auf das umgebende Gewebe ausübt. Zum Zustandekommen einer so geringen Narbe ist es aber unbedingt nothwendig, sich bei der Spaltung der Niere an die Mittellinie zu halten, um die Harnkanälchen nicht schräg oder quer anzuschneiden. Es erfolgt Demonstration der Präparate.

Prof. Tiling erwähnt, dass man nach Thierversuchen durch consecutive Exstirpationen allmählich zwei Mal mehr Nierengewebe wegnehmen könne, als das Thier ursprünglich besessen, so leicht regenerire sich das Nierengewebe.

Dr. Westphalen erwidert, dass, wie von Barth experimentell nachgewiesen worden, sich hauptsächlich die andere nicht operirte Niere compensirend vergrössern könne und zwar durch Längswachsthum der Harnkanälchen und nicht durch Vermehrung der Zahl derselben. Nach Beobachtungen Thoma's entspricht bei Atrophie einer Niere das Gewicht beider Nieren zusammen immer dem Gewichte beider Nieren im normalen Zustande.

2. Prof. Tiling berichtet über einen Fall von Trepanation des Schädels bei Jackson'scher Epilepsie. Der auch am 15. März und 26. April in den Sitzungen des Vereins St. Petersburger Aerzte mitgetheilte Vortrag ist zur Veröffentlichung bestimmt. Dr. Westphalen demonstrirt die einschlägigen mikroskopischen Präparate.

3. Prof. Tiling: Fall von Gastroenterostomie.

Ein stark abgemagerter Mann von 38 Jahren mit hochgradig dilatirtem Magen, der anfangs als Ascites imponirt hatte, wurde im klinischen Helenen-Institut bedeutend gebessert. Derselbe hatte in einigen Wochen 2 Kilogramm zugenommen. Darnach hatte sich wieder ein guter Teint statt der früheren Blässe eingestellt, der Magen jedoch hatte sich zwar nach den Ausspülungen an Umfang verkleinert, war aber ptotisch geworden. Da der ausgeheberte Mageninhalt zuviel Salzsäure und keine Milchsäure enthielt, so wurde Carcinom ausgeschlossen. Die Verdauungsbeschwerden steigerten sich indessen wieder und liess sich sogar durch die Bauchdecken deutlich beobachten, wie etwa innerhalb 10 Secunden die Peristaltik von links nach rechts ablief.

Um die Ursache der behinderten Fortbewegung des Mageninhaltes genau zu eruiren, schritt Ref. endlich zur Operation. Nach Eröffnung der Unterleibshöhle fand sich der Magen sehr lang ausgedehnt und lief nach rechts in einen dünnen federstieldicken Strang aus. Vom Pylorus selbst war nichts zu entdecken, jedoch war das Duodenum in einer Ausdehnung von etwa 5 Ctm. von der Gegend des Pylorus aus gerechnet immer noch weniger als Fingerdick, um erst dann in die gewöhnliche Weite überzugehen.

Da, wie zu ersehen war, jedenfalls ein hochgradiges Hinderniss für den Uebertritt der Speisen aus dem Magen in den Dünndarm vorlag, so schritt Ref. zur Gastroenterostomie. Er führte dieselbe jedoch nach der Methode von Hacker aus, welche in Annähung des Jejunums an die hintere Wand des Magens besteht, während bei der früheren Methode nach Wölfler vorne angenäht wurde. Natürlich muss bei der ersterwähnten Methode dem Mageninhalte der Eintritt in die kleine Verbindungsöffnung mit dem Darme leichter fallen, als wenn diese Oeffnung nach vorne und oben gerichtet ist. Es wird bei dieser Methode der Magen nebst Colon transversum und Netz vom Assistenten nach vorne und oben hinaufgehoben wobei allenfalls das Mesocolon transversum etwas Schwierigkeit macht, die Operation selbst aber gewöhnlich glatt verläuft, während sie sich freilich bei Verwachsungen nicht ausführen lässt. Der von vielen Operateuren hervorgehobene Umstand, dass die betreffende Dünndarmschlinge bei der Gastroenterostomie schwer zu wählen und ebensoschwer die Richtung des Dünndarmes zu bestimmen sei, wobei man nach Nothnagel sich sogar bemühte, durch kleine auf die Serosa gestreute Partikelchen von Salz Antiperistaltik hervorzurufen, lässt Ref. nicht gelten. Die Plica duodenojejunalis lässt sich nach ihm beim Schwanze des Pancreas ziemlich leicht durch Anziehen der Schlingen auffinden und von dort circa 40—50 Centimeter in der Richtung nach unten abzählen.

Die Ursache der Veränderungen am Magen glaubt Ref. in diesem Falle auf ein Ulcus rotundum des Duodenum beziehen zu müssen.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Vermischtes.

— An Stelle des nach 30-jährigem Dienst ausgeschiedenen Prof. Nassilow ist der Leibchirurg Weljaminow zum Professor der Chirurgie an der militär-medicinischen Academie ernannt worden. — Der Lehrstuhl für Desmurgie, den Prof. E. Pawlow innehatte, ist dem Privat-Docenten Dr. Turner übertragen worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10 Juni d. J. 6444 (39 mehr als in d. Vorwoche), darunter 368 Typhus — (25 mehr), 801 Syphilis — (27 mehr), 114 Scharlach — (4 mehr), 40 Diphtherie — (3 mehr), 57 Masern — (16 mehr), und 8 Pockenkranke — (3 weniger) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs

Für die Woche vom 3. Juni bis 10. Juni 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
327	237	564	118	63	85	12	9	25	55	56	46	27	39	24	4	1.

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 6, Scharlach 19, Diphtherie 10, Croup 3, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 85, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 10, Krankheiten der Verdauungsorgane 72, Todtgeborene 30.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Дозв. ценз. Спб. 17 Іюня 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, 24. Juni (6. Juli) 1895

Inhalt: Dr. med. A. Kleinberg: Ein Fall von penetrirender Abdominalverletzung mit Darmprolaps. Ausgang in Heilung. Casuistisches aus der Landpraxis. — K. N. Georgiewski: Zur Morphologie des Blutes bei Leukämie. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Albert Moll: Der Hypnotismus. — A. von Rothe: Geschichte der Psychiatrie in Russland. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ein Fall von penetrirender Abdominalverletzung mit Darmprolaps. Ausgang in Heilung. Casuistisches aus der Landpraxis.

Von

Dr. med A. Kleinberg, Baldohn in Kurland.

Am 4. November vorigen Jahres wurde die im Privat Misshöfschen Lohding-Gesinde (Kreis Bauske) lebende Bäuerin Anna Lohding von einem wüthenden Eber überfallen und erhielt von demselben einen Stoss mit dem Hauer ins Abdomen, der die Kleidung und die Bauchdecken durchsetzend den Vorfall einer Darmschlinge zur Folge hatte. Da ausser der Patientin Niemand im Gesinde anwesend war, so sah sich dieselbe genöthigt, nachdem sie die vorgefallene Darmschlinge reponirt hatte, sich unter Ohnmachtsanwandlungen in das ca. $^1/_3$ Werst entfernte Nachbargesinde zu schleppen. Hier angelangt, war bereits ein grösseres Darmconvolut aus der Wunde getreten, das weder von der Patientin, noch von den hülfeleistenden Bauern zurückgebracht werden konnte.

Um 11 Uhr Abends desselben Tages, 7 Stunden nach erfolgter Verletzung, traf ich bei der Patientin ein und fand folgenden Status: Pat. 46 a. n., mittelgross, von mittelmässiger Ernährung und schwach entwickelter Musculatur, liegt in comatös-somnolentem Zustande leise ächzend in Rückenlage auf einem Bette, das Abdomen zugedeckt mit einem Pelze. Der Gesichtsausdruck verzerrt, der Blick starr, die Pupillen weit, reagiren träge, die Respiration meist oberflächlich und beschleunigt, hin und wieder tiefere Athemzüge (ähnlich dem Cheyne-Stockes'schen Phaenomen). Der Puls im Verhältniss zu den genannten Collapserscheinungen relativ gut: 68 Schläge in der Minute, in der Radialis deutlich fühlbar, rhythmisch, bis auf die entsprechende Verlangsamung nach den tiefen Athemzügen, die Arterie von mittlerer Spannung. Lungen und Herz ergeben normalen Befund.

Nach Entfernung des Pelzes und eines unter demselben ausgebreiteten Handtuches findet sich, von letzterem zugedeckt, zwischen Nabel und Symphyse fast das ganze Dünndarmconvolut ausserhalb der Bauchhöhle vor den Bauchdecken, die Austrittsöffnung allseitig überlagernd.

Die prolabirten Darmschlingen gebläht, die Darmwandung dunkelroth injicirt, die Serosa glänzend. Der vorliegende Darm intact, kein Fäcalgeruch. Nach dem Abheben der deckenden Darmpartien findet sich annähernd zweifingerbreit unterhalb des Nabels im Bereiche des m. rect. abdominis dext. die horizontal verlaufende circa $2^1/_2$ Zoll lange, bis in die linea alba reichende Prolapsöffnung (Einstich), das Dünndarm-Mesenterium fest umschliessend. Eine zweite, circa 1 Zoll lange, Perforationsöffnung (Ausstich) in derselben Höhe und Richtung, ohne Darmvorfall, durchsetzt den m. rectus sinist. An der rechten Seite des prolabirten Mesenteriums eine circa 10-Kopekenstückgrosse von einem Blutgerinnsel bedeckte suggillirte Stelle, deren Serosa sich als durchtrennt erweist. Eine Sondirung dieser Wunde wurde schon der stehenden Blutung wegen unterlassen. Das linksseitige Blatt des Dünndarm-Mesenteriums unverletzt. — Die wenigen Blutgerinnsel zwischen den Darmschlingen und auf dem Mesenterium sprechen für nur geringe stattgehabte Blutung, die zur Zeit der Untersuchung vollständig sistirt. Vom Omentum ist in der Wunde nichts zu sehen.

Sämmtliche Repositionsversuche des Darmprolapses waren erfolglos, sowohl das successive Hineindrängen der beiden Darmschenkel, einzeln und zusammen, als auch der Taxisversuch en masse.

Eine Entleerung des Prolapses von Darminhalt durch Hineindrängen und -Massiren desselben in die intraabdominalen Darmtheile war nicht möglich; es wurde bei dieser Manipulation nicht einmal der recht bedeutende Meteorismus intestinalis geringer. — Wie durch die Ausstichöffnung zu fühlen war, bestand zwischen dieser und der Einstichöffnung die Bauchwand nur aus der äusseren Haut und dem vorderen Blatte der Rectusscheiden, das Peritoneum und die m. m. recti waren subcutan durchtrennt. Als auch die Durchschneidung dieser Bauchwandbrücke, wodurch eine Erweiterung der Prolapspforte von circa $1^1/_4$ Zoll erreicht wurde, nur noch weiteres Hervortreten von Darmschlingen und des Mesenteriums zur Folge hatte, sonst aber auffallender Weise nichts an der Situation änderte, blieb mir nichts Anderes übrig als die Laparotomie. Unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen, in einer schmutzigen Bauernhütte, ohne geschulte Assistenz, bei sehr mangelhafter Beleuchtung nahm ich dieselbe vor. Die gegebene Zwangslage wurde noch durch den Umstand erhöht, dass die Anwesenden einen chirurgischen Eingriff nicht zulassen wollten; zum Glück war kein Verwandter anwesend, der mich daran hätte verhindern können.

Nachdem die Blase entleert und die unter jenen Verhältnissen möglichen antiseptischen Vorbereitungen getroffen waren, eröffnete ein $2^1/_2$ bis 3 Zoll langer zur Symphyse gerichteter Verticalschnitt die Bauchhöhle in genügender Weise; bei der Inspection derselben fanden sich in der Tiefe nur auf dem Dünndarm-Mesenterium einige kleine Blutgerinnsel.

Nachdem der prolabirte Darm mit einer, aus gekochtem und durch Watte filtrirtem Brunnenwasser extemporirten, ca. 4 pCt., warmen Borsäurelösung mehrfach abgespült und reponirt war, wurde die Bauchhöhle durch — das Peritoneum mitfassende, — Seidennähte geschlossen, wobei die Wundränder des letzteren

in einen circa ½ cmt. breiten Contact der serösen Flächen gebracht wurden. Jodoform-Sublimatgaze-Watte-Verband. Die Narkose war des somnolenten Zustandes der Patientin und mangelnder Assistenz wegen nicht in Anwendung gebracht.

Der Krankheitsverlauf war ein wider Erwarten günstig r. Die Pat. erholte sich sehr bald von den Shockerscheinungen; bereits am darauffolgenden Tage war der Allgemeinzustand ein sehr befriedigender. Neben reducirter und ausschliesslich flüssiger Nahrung erhielt die Pat. in der ersten Woche grosse Opiumdosen. Ausser heftigen Schmerzen im Abdomen in den ersten 3 bis 4 Tagen konnte keine Peritonealreizung constatirt werden. Die Bauchwunde heilte reactionslos, abgesehen von einem kleinen Bauchdeckenabscess im äusseren Wundwinkel der Einstichöffnung, wo eine stärkere Oberflächenzerfetzung des m. rectus vorgelegen hatte. — Die Temperatur war in den ersten 5 Krankheitstagen normal, stieg am 6. auf 38,0 und am 7. Tage auf 38,3, sank sofort nach Eröffnung des obengenannten Bauchdeckenabscesses zur Norm und verblieb bei derselben während der ganzen Krankheitsdauer. — Die erste Defäcation nach der Verletzung wurde am 4. Krankheitstage durch ein Wasserlavement erzielt. Am Ende der ersten Woche erfolgten zwei Stühle mit geringer Blutbeimengung, ohne dass irgendwelche ursächlichen Erscheinungen von Seiten des Peritoneums oder des Darmes zu constatiren waren. Ich bin geneigt diesen Blutaustritt in den Darm auf Thrombosirungen in den Mesenterialgefässen, erzeugt durch die oben erwähnte einseitige Verletzung des Dünndarm-Mesenteriums, zurückzuführen. — Am 9. und 12. Krankheitstage wurden die meisten, am 14. die letzten Suturen entfernt. Am Ende der 5. Woche nach der Verletzung konnte die Patientin das Bett verlassen. Die m. m. recti, wie auch die übrigen Bauchdecken waren gut verheilt, so dass auch bei starker Bauchpresse normaler anatomischer Befund zu constatiren war. Der Darm zeigte, wie schon in der zweiten Hälfte des Krankenlagers, keine Functionsstörungen. — Seitdem habe ich die Patientin 2 mal besichtigt, Ende Januar und Ende März dieses Jahres. Im Januar bestand noch ein leichtes Oedem der rechten unteren Extremität, das sich nach dem Verlassen des Krankenbettes eingestellt hatte; im März war auch diese Circulationsstörung vollständig geschwunden. Die Pat. ist leistungsfähig wie früher und fühlt keine Beschwerden.

Der günstige Verlauf obiger penetrirenden Abdominalverletzung lässt sich meines Erachtens auf folgende Momente zurückführen: Zunächst war die Beschaffenheit der Prolapsöffnung insofern eine sehr günstige, als sie durch ihre relative Enge, den ausgetretenen Darm fest umschliessend, die Abdominalhöhle quasi hermetisch von der athmosphärischen Luft abschloss, — andererseits aber auch nicht zu stark gefässcomprimirend wirkte, wodurch im Verlauf von 7 Stunden Circulations- und Ernährungsstörungen hätten eintreten müssen. — Ein weiterer glücklicher Umstand war die nur geringe intraabdominal stattgehabte Blutung, obgleich die arteria epigastrica inferior, wenigstens die rechte, fraglos durchtrennt war, denn der m. rectus dext. war sammt seiner Scheide in der ganzen Breite quer durchstossen. Eine so geringe Blutung aus der epigastrica inf. konnte nur bei einer Durchtrennung derselben in der Nabelnähe erfolgen, wo die Endverzweigungen der Arterie, resp. die Anastomosen derselben mit der epigastrica superior fast capillär sind.

Zur Morphologie des Blutes bei Leukämie.

(Aus der akademischen therapeutischen Klinik des Professor L. W. Popow)

Von

K. N. Georgiewski.

Im vorigen Winter wurde in der akademischen therapeutischen Klinik des Prof. L. W. Popow ein Kranker, der an Leukämie litt, beobachtet, in dessen Blut, in Präparaten, die mit der dreifachen Ehrlichschen Farbenmischung (Orange G, Säurefuchsin, Methylgrün) bearbeitet waren, eine grosse Menge vielkerniger Leukocyten mit durchsichtigem nicht färbbaren Protoplasma gefunden wurde. Eine Beschreibung dieser Art von weissen Blutkörperchen habe ich weder in der Casuistik der Leukämie noch in den Lehrbüchern über die Morphologie des Blutes finden können. Nur in der vor Kurzem erschienenen Dissertation von S. J. Tschistowitsch[1]) findet sich ein Hinweis auf sie, als auf eine besondere Art von Leukocyten, die er «vielkernige durchsichtige» nennt. Aus seinen Untersuchungen geht hervor, dass die mehrkernigen durchsichtigen L. sich constant im Blute Gesunder finden, freilich in sehr geringer Zahl, nämlich in 0,5—0,6 pCt. In derselben Anzahl ungefähr fand er sie auch im Blut bei chronischer Osteomyelitis. Weiter wird in dieser Dissertation erwähnt, dass auch N. W. Uskow diese Leukocyten im Blut gesehen hat, der sie zu den zerfallenden rechne. Der von uns beobachtete Fall von Leukämie weist auf die Möglichkeit ihrer bedeutenden Vermehrung im Blut hin. Thatsächlich wurde diese Leukocytenart in allen (über 30) Präparaten, die während des Aufenthaltes des Kranken in der Klinik gemacht wurden, in der grossen Menge von 7,5—11 pCt. aller Leukocyten (325,000 bis 464,000 im Cbmm.) angetroffen, unabhängig von der Intensität der Färbung des Präparates. Zur Charakteristik des Falles führe ich die Krankengeschichte des Patienten an.

T. D., 50 J. a., Advocat, trat am 29. Januar 1894 in die Klinik, mit Klagen über allgemeine Schwäche, Schwellung des Leibes, angebliche Verhärtung in der linken Bauchseite und Schmerzen am linken lig. Poupartii. — Pat. ist seit 8 Monaten krank. Im Juni 1893 trat allgemeine Schwäche auf, die allmählich zunahm. Am Abend fühlte er zuweilen Hitze; kein Frösteln, keine Schweisse. Seit dem Juli schwoll der Leib an und unter den falschen Rippen links trat eine harte Geschwulst hervor, welche den Kranken Anfangs garnicht incommodirte. Die Geschwulst wurde immer grösser und endlich fiel es dem Kranken schwer auf der rechten oder linken Seite zu liegen. Vor 5 Tagen traten beim Gehen Schmerzen in der Gegend des linken lig. Poupartii auf.

Pat. stammt aus dem Smolensk'schen Gouvernement, lebte bis zu seinem 20. Lebensjahr in der Heimath, in einer trockenen Gegend, die letzten 30 Jahre in Petersburg. Ueber 20 Jahre verbringt er den Sommer in Pawlowsk in einer niedrigen Gegend an einem Teich. Die 2 letzten Jahre ist er je 2 Monate auf Fahrten im Nowgorod'schen und Pskowschen Gouvernement gewesen, wobei er häufig sehr niedrigen Temperaturen ausgesetzt gewesen ist. Er ist nie krank gewesen, hat sich immer einer kräftigen Gesundheit erfreut, hat keine venerischen Krankheiten gehabt, keine Verletzungen erlitten. Im letzten Jahre hat er schwere Gemüthserschütterungen ertragen müssen. Hat wenig Spirituosen getrunken, bis zu seiner jetzigen Erkrankung geraucht, aber seit dem Juni 1893 Widerwillen gegen den Taback gehabt und das Rauchen aufgegeben. Der Vater starb am Schlage, die Mutter in hohem Alter. Die einzige Schwester lebt und ist sehr gesund; Brüder hat er nicht gehabt.

Status präsens. Pat. ist 171 Ctm. hoch, wiegt 60 Kgr. Die Haut blass, erdfarben, wenig gespannt; das Unterhautfettgewebe ist schlecht entwickelt, die Muskeln schlaff. Keine Abweichungen in der Entwickelung des Knochensystems; keine Schmerzen beim Beklopfen des Brustbeins und andrer Knochen. Die Schleimhäute blass, die Scleren nicht ikterisch. Die Pupillen symmetrisch, reagiren regelrecht auf Licht und Accomodation. Sehschärfe $^{20}/_{30}$. Beide Augen hypermetropisch, rechts $^{1}/_{14}$, links $^{1}/_{18}$. Am Augenhintergrund keine Abnormitäten: Zunge rein, Tonsillen nicht vergrössert. Am Halse rechts hinter dem Sternocleidomastoideus ist eine erbsengrosse Lymphdrüse zu fühlen. Der Thorax kegelförmig, seine beiden Hälften symmetrisch. Brustumfang in der Höhe der Warzen 86 Cm., auf der Höhe des Schwertfortsatzes 92 Cm. In beiden Achseln lassen sich einige bis haselnussgrosse Lymphdrüsen fühlen, rechts sind sie grösser. Percussionsgrenzen des Herzens: im 2 JCR relative, unterhalb der 3. Rippe absolute Dämpfung, die nach unten bis zum 5. JCR. reicht; rechts die linke Sternallinie, links die linke Mammillarlinie. Der Herzstoss im 5. JCR sichtbar, etwas einwärts von der Mammillarlinie, schwach fühlbar. Herztöne rein, regelmässig rhythmisch, dumpf. Puls in beiden Radiales gleich, klein, etwas beschleunigt, bis 80 in der Min. Arteriosklerose. Percussionsgrenzen der rechten Lunge: in der Sternallinie 5. Rippe, in der Mammillarlinie 4. JCR., in der mittleren Axillarlinie 6. Rippe, in der Scapularlinie 11. Rippe; der linken Lunge: in der mittleren Axillarlinie 7, in der Scapularlinie 9. Rippe. Die Lungenränder, besonders links, wenig beweglich. Keine Dämpfungen bei der Percussion der Lungen. Ueberall Vesiculärathmen. Der Leib vergrössert, wobei namentlich seine linke Hälfte mehr hervorsteht. Bauchumfang in Nabelhöhe 88 Cm., in der Höhe des Innenrandes des 8. Rippenknorpels 90 Cm. Von den Brustwarzen bis zum Nabel 28 Cm.,

[1]) Zur Morphologie des Bluts bei chronischer Osteomyelitis. Dissert. 1894—95, № 210.

von der linken Warze bis zur Spina ilei anterior super. 33 Cm., von der rechten Warze bis zur Spina ilei ant. sup. 30 Cm. Bauchwand gespannt, Haut lässt sich schwer falten. Die Leber überragt percutorisch den Rippenbogen in der Mammillarlinie um 4 Querfinger, ist nicht deutlich fühlbar, nicht schmerzhaft. Die Milz nimmt fast die ganze linke Bauchhälfte ein, reicht nach unten bis zur Crista ilei und bis zum lig. Poupartii, nach innen in der Nabelgegend bis 2 Cm. links von der linea alba. Ueber dem Nabel fühlt man einen Einschnitt in der Milz, wie eine Abschnürung. Hinten reicht die Milzdämpfung 2 Cm. nach hinten von der Scapularlinie. Die Milz ist hart, nicht schmerzhaft, die Oberfläche glatt. Kein Ascites. Die Leistendrüsen etwas vergrössert, besonders links, nicht schmerzhaft. Um die Knöchel des linken Beins die Haut ödematös. Das linke Bein im Hüft- und Kniegelenk gebeugt. Bei activen und passiven Streckversuchen treten heftige Schmerzen in der Gegend des lig. Poupartii auf. Appetit gut, kein Sodbrennen, kein Aufstossen, keine Uebelkeit, Durst, besonders Nachts. Psychischer Zustand befriedigend. Sensibilität nirgends gestört. Etwas Somnolenz.

Die Temperaturcurve hatte während des Aufenthalts des Pat. in der Klinik im Allgemeinen Wellenform. Die Morgentemperaturen hielten sich die ganze Zeit um 36,5°, die Abendtemperaturen waren höher, stiegen einige mal bis 38°, einmal bis 38,6°. Frost und Schweiss waren nicht vorhanden. Puls zwischen 80 und 90, Athemfrequenz 20 bis 26. — Die 24-stündige Harnmenge schwankte zwischen 1500 und 3000 Ccm., das spec. Gew. 1010—1019. Häufig ziegelrothes Sediment von Uraten und Harnsäurekrystallen. Eiweiss, Zucker, Urobilin, Gallenpigment nicht vorhanden. Indicanurie. Von andern Harnbestandtheilen war die Harnsäure vermehrt — bis 1,8 Gr. in 24 Stunden (ihr mittleres Verhältniss zum Harnstoff in 14 Tagen = 1:22), ebenso fiel die grosse Menge nicht vollständig oxydirter Stickstoffproducte auf (im Verlauf von 6 Tagen war das Verhältniss des Harnstoffsticksstoffs zum Stickstoff der Extractivstoffe = 78:22). Der Stuhl war während des ganzen Aufenthalts des Kranken in der Klinik regelmässig, früher träge.

Beim Eintritt in die Klinik wurde dem Kranken Chinin. muriat. gr. IV 3 mal täglich verordnet und in Anbetracht der frühern Obstipation Laxantien (Decoct. Rhamni Frangulae). am 13. Februar wurde noch Arsenik hinzugefügt (Solut. arsenicalis Fowleri mit Aq. Föniculi 1:4, 2 mal täglich 10 Tropfen). Nach den ersten Stuhlgängen verschwanden die Schmerzen in der linken untern Bauchgegend und das Knöchelödem am linken Fuss nahm ab. Am 19. Februar 1894 hatten sich die subjectiven Erscheinungen soweit gebessert, dass Pat. die Klinik verliess, da er sich gesund fühlte. Gleichzeitig wurden auch objective Veränderungen bemerkt, so verkleinerte sich die Lymphdrüse rechts am Halse erheblich, und die Milz ein wenig (ihr unterer Rand stand 1½ Querfinger über dem lig. Poupartii).

Am 13. März 1894 sahen wir den Kranken in der Ambulanz, mit klagen über Schwellung beider Beine, besonders um die Knöchel; im Uebrigen fühlte er sich wohl. Bei der objectiven Untersuchung der innern Organe ergab sich derselbe Befund wie zur Zeit, als Pat. die Klinik verliess.

Bei der Blutuntersuchung wurde die Zählung der rothen und weissen Blutkörperchen mit dem Thoma-Zeiss'schen Apparat, die quantitative Hämoglobinbestimmung mit dem Fleischl'schen Hämatometer vorgenommen. Um die verschiedenen Arten von Leukocyten zu zählen, färbten wir die Blutpräparate mit der Ehrlich'schen dreifachen Farbenmischung (Orange G, Säurefuchsin, Methylgrün). Andere Färbungen konnten wir leider nicht anwenden.

Nach den Zählungen, die vom Assistenten der Klinik Privatdocent N. J. Tschistowitsch vorgenommen wurden, fanden sich:

				Verhältniss:
am 2. Februar 1894	Rothe Blk.	—	4,965,000	1:14
	Weisse Blk.	—	348,000	
» 16. » 1894	Rothe Blk.	—	2,057,000	1:6,3
	Weisse Blk.	—	325,000	
» 17. » 1894	Rothe Blk.	—	2,896,000	1:6,2
	Weisse Blk.	—	464,000	

Die quantitative Hämoglobinbestimmung konnte in Folge der Trübung durch die Masse von weissen Blutkörperchen keine genauen Resultate geben; wir erhielten ungefähr 80 pCt.

Auf Präparaten, die mit dem Ehrlich'schen Farbengemisch bearbeitet waren, fiel der Polymorphismus der weissen Blutkörperchen in die Augen, mit dem Rieder[2]) die Leukämie charakterisirt, zum Unterschied von der Leukocytose. Es herrschten vor die Myelocyten (Markzellen, einkernige neutrophile), die im normalen Blut nicht vorkommen und nach Ehrlich für die myelogene Leukämie charakteristisch sind. Weiter lenkten die Aufmerksamkeit auf sich die zahlreichen vielkernigen durchsichtigen Leukocyten, die in unserem Fall das Interessanteste waren und, wie gesagt, im gesunden Blut nur in unbedeutender Menge vorkommen. In ihrer ziemlich constanten Grösse ähneln sie auf unseren Präparaten den vielkernigen neutrophilen. Ihre Kerne, 2—7 an der Zahl, liegen bald mitten im Protoplasma ganz getrennt von einander, bald durch kleine Brücken mit einander verbunden. Ueberhaupt sind ihre Kerne nach Grösse, Gestalt und Färbung ganz ähnlich den Kernen der vielkernigen neutrophilen. Um die Kerne sieht man, ebenso wie bei letzteren, deutlich glänzende Ringe. Ihr Protoplasma, scharf begrenzt, ist stark lichtbrechend und enthält Körnchen, die keinen Farbstoff annehmen. In grosser Anzahl fanden sich auch Zellen mit eosinophiler Körnung. Ehrlich und seine Schüler (Schwarze[3]), Spilling[4])) hielten für das leukämische Blut die Vermehrung der eosinophilen Zellen überhaupt für charakteristisch. Aber aus den Arbeiten von Müller und Rieder[5]) geht hervor, dass man 2 Arten von Zellen mit eosinophiler Körnung unterscheiden muss; erstens eosinophile Zellen des normalen Blutes und zweitens eosinophile Knochenmarkzellen, die im Blut bei Erkrankungen des Knochenmarks, z. B. bei myelogener Leukämie vorkommen. Die ersten ähneln nach ihrer Grösse und der Beschaffenheit ihrer Kerne den vielkernigen neutrophilen; die Grösse der zweiten ist weniger beständig, häufig sind sie grösser als die ersten; sie haben einen ovalen oder runden oder unregelmässig gestalteten Kern; überhaupt ähneln sie nach ihrer Grösse und der Beschaffenheit ihrer Kerne den Markzellen. Die Autoren geben auch an, dass die Vermehrung der eosinophilen Zellen von der ersten Art nicht auf Leukämie hinweist. Für sie ist charakteristisch die Vermehrung der zweiten Art. Hauptsächlich auf Rechnung dieser letzteren, sozusagen pathologischen Leukocyten war auch in unserem Fall der Procentgehalt der eosinophilen Zellen vergrössert, wie aus der unten stehenden Zählung der weissen Blutkörperchen nach Arten hervorgeht. Weiter waren pathologisch die ziemlich zahlreichen kernhaltigen Erythrocyten (am 2. Februar ungefähr 1 kernhaltiges rothes Blutkörperchen auf 2500 rothe Blutkörperchen; am 17 Februar 1 auf 1000.)

Bei der Zählung nach Arten fanden wir eine vollständige Umkehrung des Verhältnisses der einzelnen Leukocytenarten zu einander. Cf. die folgende Tabelle. Auf den an den bezeichneten Tagen angefertigten Präparaten wurden je 4000 weisse Blutkörperchen gezählt (je 1000 auf 4 Präparaten). Ich gebe den Procentgehalt der verschiedenen Arten an.

	2 II.	14 II.	17 II.	19 II	13 III.
Einzellige neutrophile (Markzellen) . . .	51,6	55,3	55,1	59,8	55,2
Mehrkernige neutrophile	31,4	21,6	26,0	18.6	25,2
Mehrkernige durchsicht.	7,9	9,0	7,7	11,0	8,4
Einkernige durchsicht.	0,4	0,5	0,4	0,2	0,5
Eosinophile überhaupt .	7,5	9,3	9,1	7,6	8,1
(darunter Knochenmarkzellen	60%	64%	63%	70%	62%)
Lymphocyten	0,6	0,6	0,5	0,7	0,8
Uebergangsformen (nach Uskow)	0,6	0,7	1,2	2,1	1,8

²) Beiträge zur Kenntniss der Leukocytose und verwandter Zustände des Blutes. — Arbeiten aus d. medicinisch-klinischen Institut der K. Ludwig-Maximiliansunivers. zu München. 1893.

³) Ueber eosinophile Zellen. Berlin. Inauguraldissert. 1880.

⁴) Ueber Blutuntersuchungen bei Leukämie. Inauguraldissert. Berlin. 1880.

⁵) Ueber Vorkommen und klinische Bedeutung der eosinophilen Zellen im circulirenden Blut des Menschen. Arbeiten aus dem medicinisch-klinischen Institut der K. Ludwig-Maximiliansuniversität zu München. 1893.

Das Ueberwiegen der Elemente vom Charakter der Knochenmarkzellen im Blut unsres Kranken (einkernige neutrophile, eosinophile), sogar die grosse Zahl kernhaltiger rother Blutkörperchen — Alles das spricht für die myelogene Form der Leukämie, obgleich die klinische Beobachtung und der ganze Verlauf gar keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung des Knochenmarks gab, sondern im Gegentheil auf eine Affection der Milz und der Lymphdrüsen hinwies.

In gewisser Parallele mit den erwähnten Elementen, denen man myelogenen Charakter vindicirt, befindet sich auch die procentuale Schwankung der vielkernigen durchsichtigen Zellen, sodass wir das Auftreten der letzteren in grosser Anzahl zu der blutbereitenden Function des Knochenmarks in Beziehung setzen könnten, wenn wir nur unzweifelhafte Beweise einer Knochenerkrankung hätten, die wir aber im vorliegenden Fall nicht haben.

Trotz der fortschreitenden Veränderung des Blutes, verliess der Pat. die Klinik in subjectivem Wohlbefinden und sogar mit einigen objectiven Veränderungen zum Besseren (Verkleinerung der Milz und der Halsdrüse).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Albert Moll: Der Hypnotismus. III. vermehrte Auflage Berlin, Fischer's medic. Buchhandlung. 1895. Gr. 8° 380 S. Preis 6,50 Mark.

Das Buch, unseres Wissens bisher das einzige seiner Art in deutscher Sprache, giebt eine objective und umfassende Uebersicht über den gegenwärtigen Stand dieser ganzen Frage. Psychophysiologie sowie die forensische und medicinische Seite finden ausführliche, klare, streng wissenschaftliche Behandlung. Eigene Experimente und Beobachtungen erheben den Verf. über die Rolle eines einfachen Compilators und Kritikers. Der interessante Abschnitt über die Geschichte des Hypnotismus ist bis in die allerneuste Zeit fortgeführt. Der frische leichte Stil macht die Lectüre angenehm. Ein genaues Sach- und Namenregister sind weitere Vorzüge des Werkes. Berechnet ist es sowohl für Aerzte als für Juristen und Psychologen. Wer sich daher über das Wichtigste auf dem ganzen Gebiete des Hypnotismus unterrichten will, dem kann dieses Buch nur angelegentlichst empfohlen werden.

Michelson.

A. von Rothe: Geschichte der Psychiatrie in Russland. Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1895. 104 pag.

Verf., über 30 Jahre in Russland, gegenwärtig in Warschau, als Psychiater thätig, hat in diesem Grundrisse ein Werk geliefert, welches selbstredend das Interesse aller Fachcollegen fesseln wird, jedoch als ein Beitrag zur Culturgeschichte überhaupt auch Anspruch erheben kann, in weiteren Kreisen bekannt zu werden.

Wir folgen in unserem Referate dem Schlussworte des Buches.

Seit den allerältesten Zeiten schon vorhanden, werden die Geisteskranken anfangs gar nicht oder wenig beachtet. Erst nach Einführung des Christenthums treten sie mehr hervor, aber nicht als eigentlich Kranke, sondern als Besessene (юродивые) und erfreuten sich der besonderen Fürsorge und Pflege von Seiten der Geistlichkeit und des Volkes. Sie fanden unbedingt Schutz und Hülfe in und bei den zahlreichen Klöstern. Von irgendwelcher Art Verfolgung oder Misshandlung lässt sich keine Spur nachweisen, im vortheilhaften und wohlthuenden Gegensatze zu Westeuropa, wo Exorcismen, Hexenprocesse und Inquisition gegen solche Kranke im Schwange waren. Vielmehr bemühte sich die Geistlichkeit sie als «испорченные» durch geduldige Belehrung wieder auf den rechten Weg zu bringen. Diesen crassen Unterschied vom westlichen Europa führt Verf. auf den von wirklich christlicher Liebe und Milde durchdrungenen Geist des gesammten russischen Klerus, welcher stets unter der Macht der regierenden Fürsten stand, ferner auf die strenge Organisation des Mönchswesens in Russland, welches nur einen einzigen grossen, daher jegliches Rivalisiren ausschliessenden Orden, den des heiligen Basilius bildete, endlich auf den gutmüthigen Charakter des Volkes zurück. — Der Staat befasste sich in dieser Zeit wenig mit den Angelegenheiten der Geisteskranken. In den ältesten Gesetzgebungen finden sich nur spärliche Bestimmungen über den Schutz des Eigenthums. Im Jahre 1762 wurden von Katharina II. zwei Klöster speciell zur Aufnahme von Geisteskranken bestimmt.

Die zweite Periode in der Geschichte der russischen Irrenpflege beginnt mit dem Jahre 1775 durch Einführung der «Comités der allgemeinen Fürsorge» in jedem Gouvernement. Die Irrenpflege geht aus den Händen der Klostergeistlichkeit in die des Staates über. In jedem Gouvernement wird ein besonderes Irrenhaus («Tollhaus») oder wenigstens eine gesonderte Abtheilung für Geisteskranke an dem allgemeinen Krankenhause der Gouvernementshauptstadt eingerichtet. Der jeweilige Oberarzt des allgemeinen Krankenhauses hat auch das Irrenhaus oder die Irrenabtheilung unter seiner Leitung, der Gouverneur und der Medicinalinspector die Oberaufsicht. Auch in dieser Periode nahm die russische Irrenpflege eine andere Entwickelung als die in Westeuropa, wo die Geisteskranken lange Zeit in Gefängnissen, Zucht- und Arbeitshäusern untergebracht wurden, bevor man besondere Krankenhäuser für sie errichtete. Nur in Petersburg allerdings wurden Geisteskranke nothgedrungener Weise und nur für kurze Zeit im Arbeitshause (dem heutigen Hospital Nicolai des Wunderthäters) untergebracht, aber nicht mit den Sträflingen zusammen, sondern in einer getrennten Abtheilung. Freilich waren diese russischen Irrenhäuser und -Abtheilungen nichts weiter als Aufbewahrungsstätten; von einer eigentlichen Behandlung der Kranken konnte nicht die Rede sein. Hatten Oberarzt und Medicinalinspector auch das beste Wollen, so fehlte doch das beste Können und Wissen; denn ausser der Ueberhäufung mit anderen Obliegenheiten, so dass die Geisteskranken nur beiläufig, und höchstens in administrativer Hinsicht berücksichtigt wurden, waren psychiatrische Kenntnisse eben gar nicht zu erlangen, da erst 1859 Balinski in Petersburg an der militär-chirurgischen Academie die erste psychiatrische Klinik eröffnete.

Die letzte Entwickelungsperiode der russischen Psychiatrie, zugleich die weittragendste und fruchtbarste, datirt seit dem Jahre 1864, seit der Einführung der Selbstverwaltung (Земство) in einer Anzahl Gouvernements. Was letztere in einer relativ sehr kurzen Zeit für das Irrenwesen geschaffen und welche bedeutenden Summen sie demselben geopfert, lässt sich aus folgenden Zahlen ersehen; in den 30 Semstwo-Gouvernements waren 1864 nur 1161 Plätze für Geisteskranke vorhanden, im Jahre 1886 schon 4580; 14 Semstwos haben allein für den Umund Neubau ihrer Irrenanstalten 2.220,000 Rbl. verausgabt; die Unterhaltungskosten der Anstalten belaufen sich in einzelnen Gouvernements bis 60 Tausend Rbl. im Jahre. Allerdings wird die Semstwo seit 1879 vom Staate insofern unterstützt, als dieser ihr bis 50 pCt. zur Bestreitung der Kosten des Umbaues oder der Einrichtung neuer Anstalten als Zuschuss gewährt. In einem grossen Theile dieser Gouvernements entspricht die Irrenpflege heutigen Tages vollkommen den wissenschaftlichen und humanen Anforderungen. In den anderen wird ernstlich an der Erreichung dieses Zieles gearbeitet. Es bleibt nur zu wünschen, dass auch die noch übrigen Gouvernements ihre Selbstverwaltung erhielten, da in diesen die Comités der allgemeinen Fürsorge hinsichtlich der Irrenpflege arg im Rückstande sind, obgleich auch hier ein Fortschritt zum Besseren im Allgemeinen zu bemerken ist. — Zu der gedeihlichen Thätigkeit der Semstwo hat viel der Umstand beigetragen, dass ihr seit Anfang der 60er Jahre psychiatrisch gebildete Aerzte zur Verfügung standen, deren Zahl von Jahr zu Jahr gewachsen ist, nachdem an fast allen Universitäten die Psychiatrie und die psychiatrische Klinik obligatorischer Lehrgegenstand geworden sind.

Der Entwickelung der Irrenpflege in den beiden Residenzen, den Privatanstalten, der Geschichte des psychiatrischen Unterrichts sind besondere Capitel gewidmet.

Die zahlreichen Druckfehler in den verdeutschten russischen Eigennamen seien in einer neuen Auflage zur Correctur empfohlen.

Michelson.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte

589. Sitzung am 11. April 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling. Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Feldt spricht über die Serumtherapie der Diphtherie.

Im Anschluss an den Vortrag Herrn Lunin's über Serumtherapie der Diphtherie erlaube ich mir eine kurze Mittheilung über die Erfolge derselben in 52 Fällen zu machen: 29 (davon 3 an Diphtherie und Scharlach) waren im Nikolai-Kinderhospital an Kindern von 3—11 Jahren beobachtet, 19 (von 26 Erkrankten) zur Zeit einer Hausepidemie im Alexander-Kadettencorps an Patienten im Alter von 13—19 Jahren und 4 aus der Privatpraxis im Alter von 2, 4, 16 und 24 Jahren. Bei sämmtlichen Kranken wurde der Löffler'sche Diphtheriebacillus gefunden, in den zweifelhaften Fällen cultivirt. Bei den im Kadettencorps Erkrankten wurde derselbe während der ganzen Epidemie in Culturen beobachtet. Derselbe war bisweilen noch 2—3 Wochen nach dem Schwinden der Membranen auf fast ganz blasser normalaussehender Schleimhaut des Rachens vorhanden.

In allen mit Heilserum behandelten Fällen wurde eine auffallend günstige Wirkung auf das Allgemeinbefinden beobachtet, die schon nach 12—24 Stunden eintrat. (Die Kinder sassen auf, waren munter, spielten, verlangten Nahrung).

Die Temperatur sank gewöhnlich (28 mal) kritisch, seltener (13 mal) lytisch; in den Fällen mit Complicationen (Scharlach. descendirender Croup, Pneumonie, Influenza, Affectionen des Kehlkopfes und der Nase in den septischen Fällen) war ein Ansteigen zu constatiren (11 mal).

Die Drüsenschwellung nahm schon am nächsten Tage nach den Injectionen ab.

Am deutlichsten war der Erfolg an dem Abfallen der Membranen zu sehen: dieselben grenzten sich ab, häufig umgeben von einer hellrothen Demarcationszone, schwollen auf, hoben sich an den Rändern ab. bekamen ein milchig weisses Aussehen und fielen zuweilen schon nach einem Tage in zusammenhängenden lederartigen Platten ab. In keinem einzigen Falle ist nach der Diphtherie-Antitoxininjection ein weiteres Fortschreiten des Krankheitsprocesses gesehen worden.

Einen ungünstigen Einfluss auf die Nieren scheint es in diesen Fällen nicht verursacht zu haben. Die septischen Formen waren gewöhnlich von einer Nephritis begleitet, bei den übrigen hielt sich der Eiweissharn meistentheils 3–4 Tage.

Erytheme wurden im Nikolai-Kinderhospital 2 mal als Urticaria — (1 mal am 5., 1 mal am 11. Tage n. d. I.), im Kadettencorps 1 mal als Scharlach ähnlich (am 4. Tage n. d. I. bei bestehenden Membranen) 1 mal als Masern ähnlich gesehen.

1 Patient klagte im Laufe von 2 Tagen über Gelenkschmerzen der Phalangen und Kniee; Erguss oder Schwellung derselben war dabei nicht vorhanden auch war keine erhöhte Temperatur dabei. 2 mal war geringes Hautemphysem und Empfindlichkeit der Einstichsöffnung der Haut durch Luftinjection hervorgebracht bemerkt. 1 mal recidivirten die Membranen nach vollständigem Schwund derselben am nächsten Tage. (Merkwürdig, dass diese Fälle mit Erythem, Gelenkschmerzen, Recidiv der Membranen Patienten betrafen. die in sehr geringer Menge das Heilserum erhalten hatten 250–1500). 4 mal wurde Paralyse der weichen Gaumenmusculatur, 1 mal der des Larynx, 5 mal Arhythmie des Pulses constatirt.

Die im Nikolai-Hospital behandelten Fälle bekamen ausser Seruminjectionen im Betrage von 500—3800 Immunitäts-Einheiten (in der ersten Zeit der Serumbehandlung fälschlicher Weise zu wenig) nur Spülungen und Gurgelungen mit Sol. acid. borici, sonst ausser Tonicis keine Localbehandlung. Bei den Patienten in der Privatpraxis und im Kadettencorps wurden noch die im Nk.-Hospital üblichen Behandlungsmethoden angewendet. (Sol. acid. boric. — kal. hypermangan. Ol. menth. 8. Ol. terebinth., Ol. petrae aa 30. Betupfen der Membranen, Bäder, Thee mit Cognac, tinct. nuc. vomic., tinct. valerian. aether., tinct. ferri aether. Bestuscheffi).

Von den im Nk.-Hospital gestorbenen 4 septischen Fällen mit vorgeschrittenem Krankheitsprocess (3) auf Larynx. Trachea, Bronchen, Lunge und Nase (1) kamen in Behandlung am 3. Tage 1. am 5. 1, am 6. 1. und 1. am 34. Tage der Erkrankung. Sie fallen in die Zeit wo Serummangel herrschte und aus Unerfahrenheit keine genügende Menge Antitoxin (1 mal 300, 1 mal 350, 1 mal 500 und nur 1 mal 1500 I E) eingespritzt wurde, auch wurden nur die schwersten Fälle dazu ausgesucht. Bei 2 derselben wurde die Tracheotomie ausgeführt ohne Erfolg, da bereits descendirender Croup, Pneumonie, Nephritis und starke Allgemeinvergiftung des Gesammtorganismus eingetreten waren.

Bei den genesenen übrigen Diphtheriepatienten schwanden die Membranen je nachdem früh oder spät und in genügender Menge injicirt wurde: am 2. Tage 3 mal, am 3. — 14 mal, am 4. — 15; am 5. — 8, am 6. — 3, am 8. — 2, am 9. — 2 und am 10. — 1 mal. Injicirt wurde am 1. Krankheitstage 5 mal, am 2. — 17 mal, am 3. — 9 mal, am 4. — 5 mal, am 5. — 6, am 6. — 5, am 7. — 2 mal, am 8. — 1 mal, am 9. — 1 mal und am 34. Tage 1 mal.

Was die Localisation der Diphtherie betrifft, so waren die Mandeln allein 12 mal befallen, der Rachen 24 mal, Rachen und Kehlkopf 11 mal, Rachen und Nase 2 mal. Von den 11 croupösen sind 7 tracheotomirt, davon 5 genesen.

Die meisten Formen waren klinisch mittelschwer (6 schwere septische, 40 mittelschwere, 6 leichte) häufig Neigung zur Weiterverbreitung zeigend mit mässig schweren toxischen Erscheinungen des Gesammtorganismus (7 mal schwere, 17 mal mittelschwere, die übrigen leichte oder garkeine tox. Ersch.).

Im Nk.-Hosp. sind im Dec. 1894 3 Fälle mit Serum beh. d. 2 gest.
» » » » Jan. 1895 1 » » » » » 1 »
» » » » Febr. 1895 4 » » » » » 1 »
» » » » März 1895 21 » » » » » 0 »

(Die Mortalität an Diphtherie beträgt im Nk.-Hospital innerhalb dieser 3 ersten Monate 12 pCt. 1894 — 19,2 pCt.).

Was die prophylaktische Immunisirung betrifft so ist dieselbe an 5 Fällen ausgeführt worden: 1 Fall von Herpes palati mollis (200 I.-E.) 1 Angina follicularis (100 I.-E.) 1 Purpura haemorrhagica mit necrotisirender Angina (200) 1 Scharlach mit necrotisirender Angina (200) und 1 gesunder Bruder eines Privatpatienten wurde auf Wunsch mit 200 I.-E. geimpft ohne die geringste schädliche Folge.

Auch bei den 3 Scharlachpatienten mit Löffler'scher Diphtherie-Angina wurde keinerlei schädliche Einwirkung auf den Organismus oder den Krankheitsverlauf beobachtet.

In Anwendung kamen 3 mal das Antitoxin des Experimental-Instituts, 21 Roux, 20 Schering, 11 mal Behring. (Das Roux'sche hat eine leicht excitirende Wirkung).

Demonstration einer tabellarischen Zusammenstellung.

Herr Schmitz fragt an, wie hoch die Mortalität bei nicht Injicirten war. Im ganzen vorigen Jahr herrschte in Petersburg eine ziemlich heftige Epidemie. Es starben monatlich 60—70 Personen, ebenso im Januar und Februar dieses Jahres. Im März macht sich eine Abnahme der Epidemie bemerkbar.

Herr Feldt giebt an, dass die Mortalität bei den nicht injicirten Erkrankten etwa 19—20 pCt. beträgt. Die Epidemie trug im März einen leichteren Charakter, vielleicht ist das zum Theil davon abhängig, dass die Pat. früher in Behandlung kommen. Häufig treten dieselben nur unter der Bedingung ins Hospital ein, dass sie mit Heilserum behandelt werden.

Herr Lunin bestätigt die Angabe, dass die Diphtherie epidemie jetzt leichter geworden ist. Andererseits muss constatirt werden, dass bis jetzt noch niemals aus einem Petersburger Hospital so gute Resultate mitgetheilt worden sind, wie heute; dieses spricht vielleicht doch für die Serumtherapie. Es ist wichtig alle fraglichen Fälle nicht nur mikroskopisch sondern auch durch Anlegung von Culturen zu untersuchen, in solchen Fällen kann man wohl auf das Resultat der bakteriologischen Untersuchung warten, da fragliche Fälle meist günstig verlaufen. Die genaue bakteriologische Untersuchung ist aber wichtig für prophylaktische und desinficirende Massnahmen.

2. Herr Richter: Ueber Aethernarkose.

Nach einigen Bemerkungen und Motivirung der Gründe, die eine nochmalige Berücksichtigung der Frage der Aetherisation, über welche zu Beginn des Vereinsjahres von Herrn Beckmann bereits gesprochen worden ist, wünschenswerth erscheinen liessen, giebt Vortragender einige kurze historische und chronologische die Aethernarkose betreffende Daten. — Hierauf geht Vortragender zur Statistik über und führt die Angaben Comte's, Ponset's, Ollier's und Julliard's sowohl für die $CHCl_3$narkose als auch für die Aethernarkose an. — Schliesslich verweist er auf die Statistik Gurlt's, welcher bekanntlich bis zum Jahre 1893, — 133,729 $CHCl_3$narkosen mit 46 Todesfällen und 14,646 Aethernarkosen ohne Todesfall gesammelt hat, das würde nach erfolgter Berechnung 1 Todesfall auf 2907 $CHCl_3$narkosen, und 14 646 Aethernarkosen ohne Todesfall ergeben. — In seiner letzten Publication verfügt Gurlt über weitere 33,093 $CHCl_3$narkosen mit 17 Todesfällen und 11,669 Aethernarkosen mit 2 Todesfällen, die nach Meinung des Vortragenden nicht direct der Aetherwirkung zur Last zu legen sind. Beide Fälle, um die es sich handelt, werden vom Vortragenden, wie sie von ihm in den Angaben Gurlt's sowohl, wie auch in den Publicationen der Doctoren Herhold und Tschmake gefunden worden sind, angeführt. — In dem einen der beiden Fälle handelte es sich um eine Patientin von äusserst schwächlicher Constitution, die zudem an hochgradiger Aorteninsufficienz litt und herniotomirt werden sollte. – Patientin erhielt anfangs 10,0 Bromaethyl und darauf in 48 Minuten 240,0 grm. Aether nach asphyxirender Methode verabfolgt. Da in diesem Falle bei einer Herzkranken Bromaethyl, bekanntlich ein notorisches Herzgift, zur Verwendung kam und darnach erst Aether gegeben wurde, bestreitet Vortragender die Berechtigung, den exitus letalis der Aetherwirkung zuzuschreiben — es handelt sich hier eben um keine reine Aethernarkose, sondern um eine combinirte Narkose, welche Gurlt gesondert zu registriren pflegt. — Im 2. Falle findet sich im Sectionsprotocolle die Bemerkung, dass in den feineren Bronchialverzweigungen deutliche Massen erbrochener Speisen gefunden wurden, was nach Meinung des Vortragenden auf einen Erstickungstod durch Aspiration hinweist. — Wenn nun diese beiden Fälle, wie ja berechtigt, nicht als Aethertodesfälle angesehen werden, so ergiebt sich, dass Gurlt nunmehr 1 Todesfall auf 1946 $CHCl_3$narkosen rechnen muss, während 11,669 Aethernarkosen wiederum ohne Todesfall registrirt werden müssen; ja selbst wenn die beiden zweifelhaften Fälle in Rechnung gebracht werden ist das Verhältniss für Aether trotzdem das günstigere, wir haben eben dann 1 Todesfall auf 5854 Aethernarkosen. — Zum Schluss führt Vortragender Vallas in Lyon und Ribatz in Wien an, welche Beide seit jeher ausschliesslich aetherisirt haben und von denen Ersterer über 40,000, Letzterer gar über 150,000 Aethernarkosen ausgeführt hat, ohne jemals einen üblen Zufall, geschweige denn einen Todesfall erlebt zu haben. Die häufigen abfälligen Urtheile, die man über die Aetherisation zu hören bekommt, schreibt Vortragender zum grossen Theile ungeschickter Handhabung, mangelhafter Technik in der Aethernarkose zu; das Aetherisiren, welches bis vor Kurzem, wo man wesentlich verbesserte Apparate in Gebrauch zog, lange nicht so

bequem vor, als das Chloroformiren, will nach Meinung des Vortragenden gelernt sein; erst eine Reihe ausgeführter Aethernarkosen giebt einem die Möglichkeit an die Hand, ebenso rasch zu ätherisiren, wie man zu chloroformiren gewöhnt ist. — Auch die Menge des verbrauchten Aethers steht gewissermmassen in einem abhängigen Verhältnisse zur Geschicklichkeit des Narkotiseurs! — Hierauf geht Vortragender zur Betrachtung der meist gebräuchlichen Marken und Inhalatoren über, die er beschreibt und demonstrirt alsdann die von Prof. Wanscher in Kopenhagen im Jahre 1880 angegebene Aethermaske, wie auch den Inhalationsapparat zu Aetherisationszwecken, welcher von Dr. Michaelis in Berlin construirt und in № 7 der therapeutischen Monatshefte vom Jahre 1894 (Seite 339!) beschrieben und abgebildet ist. — Der nicht complicirte Apparat gewährt eine ganze Reihe von Vortheilen und ist bei ihm Alles vermieden, was von den Gegnern der Aethernarkose gegen die Masken und Inhalationsapparate zu Aetherisationszwecken in's Feld geführt worden ist. — Bei Anwendung des Apparates athmet der Kranke beständig mit Luft verdünnte Aetherdämpfe; die frische Luft wird durch eine einfache mit Sauge- und Druckventil versehene Vorrichtung beständig zugeführt. Vortragender hat den Apparat insofern verbessern lassen als er den scharfen Maskenrand, (die Maske ist aus Metall angefertigt), welcher dem Gesicht nicht gut auflag, mit einem soliden Gummiringe versehen liess, sodass nunmehr ein hermetisches Abschliessen der Athempforten ermöglicht ist. — Um nun die mit CO_2 geschwängerte Exspirationsluft abzuführen, ist in die Maske eine Oeffnung gebohrt, mit einer ganz einfachen ventilartigen Vorrichtung ausgestattet, welche bei der Inspiration sich automatisch schliesst. — In dieser Form entspricht der Apparat nach Meinung des Vortragenden allen Anforderungen, die an einen vollkommenen Aetherisationsapparat gestellt werden können. — Nun geht Vortragender zur Schilderung des Verlaufes einer typischen Aethernarkose über und weist auf die Forderung Prof. Witzels hin, es möge vor Einleitung der Narkose beständig die Prognose derselben gestellt werden. — Nach Berücksichtigung der der Aethernarkose zukommenden Eigenthümlichkeiten wird auf den immensen Vortheil des Aethers vor dem $CHCl_3$ hingewiesen, auf die von allen Autoren durch Erfahrung und Thierexperiment festgestellte Thatsache, dass der Aether im Gegensatze zum $CHCl_3$ niemals primäre Circulationscentrumslähmung hervorruft, sondern dass bei Aetherintoxication das Athmungscentrum primär gelähmt wird und erst einige Zeit danach (bis zu 20 Min.), Lähmung des Circulationscentrums eintritt, man hat mithin bei Eintritt dieser üblen Erscheinung Zeit genug durch entsprechende Massregeln den in Lebensgefahr schwebenden Kranken zu retten, was wie bekannt bei Anwendung des $CHCl_3$ gewöhnlich nicht möglich ist. — Den von vielen, ja den meisten Autoren anerkannten organischen Leiden, bei denen die Einleitung einer Aethernarkose contraindicirt ist, stimmt Vortragender bei; bei beträchtlicheren Affectionen des Athmungstractus, besonders catarrhalischen Erscheinungen mit profuser Secretion mahnt er zur Vorsicht; ebenso wäre bei Nephritiden Vorsicht am Platze, obgleich man es erlebt hat, dass nach überstandener Aethernarkose die vor der Narkose bestehende Albuminurie verschwand. Ferner wird die Ansicht Senger's mitgetheilt, welcher eine Apoplexie mit nachfolgender Hemiplegie während einer $CHCl_3$-Narkose erlebte und bei Anwendung des Aethers, der Blutdrucksteigerung bekanntlich constant hervorruft, in Fällen wo die Narkose an Individuen mit rigiden brüchigen Arterienwandungen ausgeführt werden soll, wohl berechtigter Weise zur Vorsicht mahnt. Ausserdem ist die Einleitung einer Aethernarkose in allen den Fällen contraindicirt, wo auch die $CHCl_3$-Narkose bedenklich ist, mit Ausnahme der Herzkrankheiten; hierbei wäre es Kunstfehler zu chloroformiren, wenn eine Aethernarkose ausführbar ist. Die Explosionsgefahr, welche nach Füter überhaupt bei Aetheranwendung nicht allzu bedeutend, kommt bei Anwendung der demonstrirten Apparate überhaupt nicht in Betracht! — Der zur Narkose zu verwendende Aether muss auf seine Reinheit geprüft sein, denn es ist zweifelos, dass eine Reihe übler Nebenwirkungen, wie Hustenreiz, Uebelkeit, Erbrechen, ja nach Bruns auch die schwereren Lungenerkrankungen auf Rechnung der Verunreinigungen mit Säuren, Aldehyden und Fuselölen kommen. Die zum Verbrauch kommende Aethermenge ist äusserst schwankend, es werden 80–200.0 Gramm pro Stunde Narkose gerechnet und hängt Solches von der angewendeten Methode (asphyxirende oder berauschende!), von der Individualität der Kranken, wie auch von der Uebung des Narkotiseurs und der Reinheit des Aethers ab. Die tödtliche Aetherdosis ist nicht gut bestimmbar, wohl aber der Concentrationsgrad; nach Bert beträgt der Concentrationsgrad, welcher den Fortbestand des Lebens gefährdet für Aether 55:100 Vol. Luft, was das Zehnfache von dem zur Narkose nothwendigen Concentrationsgrade ausmacht; unter der Julliard'schen Maske übersteigt der Concentrationsgrad des letzteren nicht 5 Vol. %. Letzterer Umstand spricht ebenfalls für die geringere Gefährlichkeit des Aethers im Vergleich zum $CHCl_3$ dessen tödtlicher Concentrationsgrad ein viel niedrigerer ist, als der des Aethers. Nach kurzer Betrachtung der gemischten resp. combinirten Aethernarkosen, von denen sich keine bewährt hat, die entschieden viel gefährlicher als die reine Aethernarkose sind und vor denen Poncet mit Recht warnt, geht Vortragender zur Betrachtung der bei Anwendung der Aethernarkose im St. Marien-Magdalenenhospital zu St. Petersburg gewonnenen Erfahrungen und Resultate über. Zuvor warnt Vortragender vor Anwendung der Combination der $CHCl_3$-Tropfmethode mit vorhergehender Cocaininjection. — Vortragender hat es mitangesehen, wie ein kräftiger robuster Mann in den besten Jahren stehend, blitzartig zu Grunde ging, dem 1 ccmt. einer 2 pCt. Cocainlösung injicirt war und darauf 5–8 Tropfen $CHCl_3$ auf die Maske geträufelt worden waren. Patient athmete 2 mal auf und war dann momentan todt. Trotz sofortigen Eingreifens und Anwendung aller nur erdenklichen Wiederbelebungsversuche und Fortsetzung der künstlichen Respirationsbewegungen über 1½ Stunden lang, konnte der Kranke nicht wieder zum Leben zurückgerufen werden. Die ausgeführte Obduction zeigte uns vollkommen lebensfrische und lebenskräftige Organe, am Herzen kaum merkbare beginnende fettige Degeneration der Wandungen. — Das $CHCl_3$ bleibt dasselbe heimtückische Herzgift auch bei tropfenweiser Dispensation und bei Combination mit Cocaininjectionen; — die gerade zu Beginn der $CHCl_3$-Narkose (von 224 Fällen 128 mal nach Comte!) auftretenden Todesfälle lassen sich auch bei Anwendung verbesserter Narcotisationsmethoden nicht vermeiden, weil eben bei manchen Individuen gewissermassen eine Idiosyncrasie gegen das $CHCl_3$ besteht. — Was die vom Vortragenden gemachten Erfahrungen bei Ausführung der Aethernarkose betrifft, so kann er die gerühmten Vorzüge der Aetherwirkung nur vollauf bestätigen; üble Zufälle während, schlechte Folgen nach der Narkose, hat er nie gesehen, trotz monatelang fast täglich fortgesetzter Aetherisation. — Die Maske, die zur Anwendung kam, entsprach dem Typus der Julliard'schen, hatte jedoch die Gestalt eines Hohlkegels, in dessen Kuppe der mit Aether getränkte Wattebausch hineingepresst wurde. Der Aether wurde auf seine Reinheit leider nicht untersucht, trotzdem waren Erbrechen und Hustenreiz seltene Vorkommnisse (kaum in ⅓ der Fälle!); verstärkte Schleimabsonderung jedoch eine ziemlich häufige Erscheinung. Geübt wurde sowohl die asphyxirende als auch berauschende Methode. Letzterer muss Vortragender unstreitig den Vorzug zuerkennen, obgleich der Aetherverbrauch bei derselben ein grösserer, der Effect nicht so schnell erzielbar; bei Anwendung des Apparates von Michaelis soll trotz berauschender Methode, der volle Effect in 2½ Minuten zu erzielen sein. — Nach dem Erwachen, welches fast augenblicklich nach Entfernung der Maske einzutreten pflegte, fühlten sich die Kranken in den weitaus meisten Fällen gut, Erbrechen und Kopfschmerz kamen jedoch ein Paar Mal besonders bei nervösen, hysterischen Frauen vor. — Verbraucht wurde durchschnittlich 120,0 Gr. Aether pro Stunde Narkose. — Sehr gerühmt wird vom Vortragenden das Gefühl der Sicherheit, welches man bei Anwendung der Aethernarkose empfindet; er sieht darin einen sehr wesentlichen Factor und ist auch der Meinung, dass die Leitung der einmal eingetretenen Narkose, wenn es die Umstände erfordern, fraglos einem Laien anvertraut werden kann. Jedenfalls kann Vortragender die Aethernarkose einem Jeden auf's Wärmste empfehlen! — Zum Schlusse seiner Mittheilungen wendet sich Vortragender den Einwürfen Mikulicz (cf. Berl. klin. W. № 46. 1894) die Aetherisation betreffend zu. — Es sucht die schlimmen Erfahrungen M.'s in irgend welchen Unterlassungen! Das Zusammenfallen einer so grossen Anzahl von schlimmen Erfahrungen unter blos 80 Narkosen muss eine äusserliche Ursache haben. Ob nicht in diesem Falle der Versäumniss der Prüfung des Aethers auf eventuelle Beimengungen die Schuld beizumessen ist. Mikulicz wendete den Aether pro narkosi Merk's an und gerade dieser enthält mitunter, wie Vortragendem privatim von einem Chemiker mitgetheilt wurde, der mit Aether experimentirt und vollkommen reine Präparate braucht, Aldehyde. Schönheimer fordert jedoch, dass der zur Verwendung kommede Aether absolut aldehydfrei sein muss. Ferner hat M. sich ganz strict an die Vorschriften Garré's, wie er angiebt, gehalten. Garré asphyxirt und seine Methode hat schon so manchen, ja selbst Grossmann, der später absoluter Anhänger der Aethernarkose wurde abgeschreckt. — Jedenfalls kann man den Forderungen Mikulicz's und Poppert's, es mögen den nach Ablauf der Aethernarkose in einigen Fällen beobachteten Fälle von acutem Lungenödem und Bronchopneumonie in der Statistik Gurlt's Rechnung getragen werden, nicht Folge leisten, da bis jetzt die Abhängigkeit dieser Erscheinungen von den Aetherwirkungen durch nichts erhärtet ist. — Vortragender verweist auf die Publicationen von Bruns und besonders Nauwerk, der eine sehr plausible Erklärung für diese Zufälle giebt und dieselben einer Autoinfection zuschreibt. Bei Anwendung der Apparate von Wanscher und Michaelis soll die Salivation ad minimum beschränkt sein, mithin auch die Gefahr der Infection von der Mundhöhle aus abgewendet werden können.

Die Begriffe einer «Aetherpneumonie», eines «Aetherlungenödems» sind nach Ansicht des Vortragenden durch die genannten Untersuchungen sehr in Frage gezogen, wie sie ja auch durch nichts bewiesen waren. — Ebenso verwahrt sich Vortragender gegen die als Schreckgespenst wiederum angeführte «Aethernephritis»; eine solche existirt nicht, wie die Untersuchungen Nothnagel's, Wunderlich's, Roux, Körte's und vieler Anderer zur Genüge es beweisen. Ja neuerdings sind von Bärenfeldt in München in dieser Hinsicht wiederum 150 Fälle untersucht worden und nur einmal gelang es ihm vorübergehende leichte Albuminurie, die ohne üble Folgen zu hinterlassen, schwand, nachzuweisen. Das $CHCl_3$ hat sich jedoch nach seinen Beobachtungen als etwas bedenklicher in seiner Wirkung auf die Nieren erwiesen — Vortragender ist fest überzeugt, dass dem Aether in dieser Hinsicht der Vorzug vor dem $CHCl_3$ gebührt!

3. Herr Selenkoff: Zur Narcosenfrage. (Der Vortrag erscheint in extenso in dieser Wochenschrift).

Vermischtes.

— Prof. Ewald Hering hat der «Prager med. Wochenschrift» zufolge den Ruf an die Leipziger Universität als Nachfolger Ludwigs angenommen.

— Verstorben: 1) Am 20. Juni in St. Petersburg der Arzt an der Kaiserlichen Academie der Künste und Ordinator am städtischen Peter-Paulhospital Dr. med. Friedrich Veit im 41. Lebensjahre an Lungentuberculose. Der Verstorbene war ein ganz ungewöhnlich guter Mensch, einer von den Wenigen, die keine Feinde haben. Ueberall, wo er thätig war, genoss er die grösste Liebe und Hochachtung. Seine Collegen, Freunde und Patienten werden ihn schmerzlich vermissen; brachte er doch Allen ein warmes Herz und lautere Gesinnung entgegen. Mit seiner Offenheit, seinem wohlwollenden Humor, seiner Unparteilichkeit trug er in alle seine Beziehungen Frieden und Harmonie hinein, versöhnte er Gegensätze, beschwichtigte er Streitigkeiten, tröstete und half er, wo er konnte. Rührend war die Ergebenheit, mit der er die letzte schwere Leidenszeit ertrug. Friede seiner Asche. 2) Am 17. Juni Dr. med. Alexander Freymann in Riga. 3) In Paris der berühmte französische Chirurg Aristides Verneuil im Alter von 72 Jahren 4) In Jena der älteste unter den deutschen Chirurgen Franz von Ried im 85. Lebensjahre.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Juni d. J. 6131 (10 weniger als in d. Vorw.), darunter 383 Typhus — (15 mehr), 809 Syphilis — (8 mehr), 102 Scharlach — (13 wenig.), 39 Diphtherie — (1 weniger), 52 Masern — (5 weniger), und 13 Pockenkranke — (5 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. Juni bis 17. Juni 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
316	265	581	169	69	83	15	10	15	34	42	38	35	28	29	11	3.

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 2, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 7, Scharlach 15, Diphtherie 5, Croup 4, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 51, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 138, Todtgeborene 32.

Guajacolcarbonat

ist

absolut frei von Aetzwirkung.

Total geruchlos und geschmackfrei, deshalb selbst von den empfindlichsten Patienten, auch in grossen Dosen gern genommen **und gut vertragen;** kein Uebelsein, kein Durchfall.

Verkauf durch die Grossdrogenhandlungen und die Apotheken. Litteraturabdrücke durch

Dr. F. von Heyden Nachfolger, Radebeul bei Dresden.

(12) 13—12

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben ist erschienen:

Zeitschrift für klinische Medicin.

Herausgegeben von

Dr. **E. Leyden**, Dr. **C. Gerhardt**, Dr. **H. Senator**, Professoren der medicin. Klinik in Berlin. Dr. **H. Nothnagel**, Dr. **E. Neusser**, Dr. **L. v. Schrötter** Professoren der med. Klinik in Wien.

20. Band. 1. und 2. Heft. gr. 8. Mit 2 Tafeln. Preis des Bandes in 6 Heften 16 M.

1—1

BADEN

pres ZURICH

SUISSE

Sources thermales.

Dr. C. Dapper's Sanatorium **„Neues Kurhaus“** Kissingen.

Für Magen- und Darmkrankheiten, Diabetes, Gicht, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Neurasthenie. Das ganze Jahr geöffnet. Prospecte. **Dr. C. Dapper, Kissingen.**

GMUNDEN am herrlichen Traunsee

reizende geschützte Lage, 422 m. über dem Meere, mildes Klima (57) 8—8

Hôtel Bellevue

in vorzüglichster Lage am See. Sool-, Fichtennadel- u. a. Bäder. Pneumatische Kammer. Inhalation. Kaltwassercur. **B. Bracher,** Besitzer.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

SCHUTZ-MARKE

Als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet. Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch (83) 10—2

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunnen

FURBACH & STRIEBOLL, Salzbrunn in Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken u. Mineralwasser-Handlungen

Bahnstation Muszyna-Krynica von Krakau 8 Std. » Lemberg 12 Std. » Budapest 12 Std.

Kur-Anstalt

KRYNICA (in Galizien)

reichhaltigster Eisensäuerling.

Post loco drei Mal des Tages Telegraphenstation Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder (Im J. 1894 wurden über 40000 erfolgt) Moorbäder mittelst Dampf erwärmt i. J. 1894 erfolgt 16000) Gasbäder aus purer Kohlensäure. **Hydropatische Anstalt** unter der Leitung des Dr. H. Ebers (im J. 1894 wurden über 28000 Proceduren ertheilt) Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Fluss-, Douche- u. Wellenbäder. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopff ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 14 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen u. Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Gesellschafts-Spiele (Croquet, Lawn tennis etc.) Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit completten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. u. gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, Milchnerei, Zuckerbäckereien. Musik-Orchester unter Leitung des A. Wronski seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Photogr. Atelier «Marie» aus Lemberg. Frequenz im J. 1894: 4650 Personen. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte

(73) 6—4 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

Medicinischer Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Antwerpen 1894 Goldene Medaille.

ADEPS LANAE

Marke «N. W. K.»

Reines neutrales Wollfett.

In der Praxis vorzüglich bewährte Salbengrundlage,

dargestellt von der Norddeutschen Wollkämmerei u. Kammgarnspinnerei-Chem.-Abtheil: Selmenhorst i. O. **BREMEN.** Neudek i. Böhmen.

Auf Wunsch stehen **Gutachten, Abhandlungen und Brochüren** über in den verschiedensten Krankheitsfällen angestellte Versuche, sowie **Receptformeln und Proben** zu eigenen Versuchen **gratis und franco** zur Verfügung.

Lager in Packungen à 1 Ko. in Petersburg, Moskau, Reval und Riga.

Gefl. Anfragen zu richten an den Generalverkäufer

Emil de Nevè Nachf., Berlin N. (70) 10—8.

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS GRDE-GRILLE HOPITAL

VICHY

Avoir soin de désigner la Source

Дозв. ценз. Спб. 26 Іюня 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 26 St. Petersburg, 1. (13.) Juli **1895**

Inhalt: Dr. A. Selenkoff: Zur Narcosenfrage. — Dr. H. Thomson: Seltenere Formen von Neubildungen der Ovarien. Ein Fall von Tuboovarialcyste. — Referate: Alessandro Borgherini: Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Tabes dorsalis. — Bücheranzeigen und Besprechungen: C. Hasse: Handatlas der sensiblen und motorischen Gebiete der Hirn- und Rückenmarksnerven zum Gebrauch für praktische Aerzte und Studirende. — Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde herausgegeben von Professor Dr. Albert Eulenburg. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Zur Narcosenfrage.

Von

Dr. A. Selenkoff.

(Nach einem im Allgemeinen Verein St. Petersburger Aerzte am 11. April gehaltenen Vortrage.)

Die Frage, ob das Chloroform seinem älteren Concurrenten, dem Aether, überlegen sei, oder umgekehrt, ist eine brennende Tagesfrage in der modernen Chirurgie. Die Discussion wird, besonders von Seiten der Aetherfreunde, in sehr leidenschaftlicher Weise geführt, welche soweit gehen, die Chloroform benutzenden Chirurgen ohne Weiteres des jedesmaligen Mordversuchs anzuklagen. Etwas Aehnliches haben wir heute*) aus dem Munde meines Vorredners, Herrn Dr. Richter, gehört, dessen Vortrag auch der Unparteilichkeit entbehrt. So wurden beispielsweise die Aethertodesfälle streng kritisirt, sogar die Fälle von Lungenoedem, die unmittelbar der Narcose folgten, anderen Ursachen zugeschrieben, während die Chloroformtodesfälle alle dieser freundlichen Unterstützung entrathen mussten.

Es ist nun ein alter Erfahrungssatz, dass, wo zwei entgegengesetzte Anschauungen einander gegenüberstehen, wo die competentesten Forscher sich in zwei feindliche Lager theilen, von denen jedes gewichtige Gründe für und wider vorbringt, — dass da wohl sicher beide Recht und beide Unrecht haben, dass die Wahrheit in der Mitte liegt. «Medium tenuere beati», um mit dem scharfsinnigen römischen Dichter zu sprechen.

Derjenige Arzt wird wohl in allen Fällen Recht behalten, welcher nicht die Krankheit nach schematischen Grundsätzen, sondern den Kranken nach seinen persönlichen Bedürfnissen behandelt. Individualisiren ist eine Hauptregel, die durch die gesammte moderne Heilkunst ziehen sollte, wie der rothe Faden durch das gesammte englische Tauwerk. So können die eingefleischten Aetherfreunde nicht umhin zuzugeben, dass der Aether seine strengen Contraindicationen hat: Erkrankungen der Lungen und Luftwege, Operationen mit glühenden Instrumenten, Neigung des Pat. zu Hirncongestionen, Kropfbildung höheren Grades etc. Andererseits muss sich der Chloroformfreund von seinem Lieblingsmittel lossagen, wenn der betr. Patient einen verdächtigen Herzmuskel hat.

Die Frage scheint mir schon zur Genüge discutirt, um spruchreif zu sein. Wenn man nur die Arbeiten Kappeler's, Scheinesson's, Strassmann's, Nothnagels, Paul Bert's, Fueter's und Wunderlich's, Kronecker's, Ungar's in Betracht zieht, so genügen dieselben, zur Klarstellung der complicirten Frage. Ein gutes Bild von dem gegenwärtigen Stande der Frage giebt die Arbeit von Brackel in Dorpat (St. Pet. Med. Woch. 1894, Nr. 20 u. 21). Die von Gurlt mit grossem Aufwand von Mühe gesammelte Massenstatistik verliert jeden Werth, wenn man in Betracht zieht, dass sie aus zusammengewürfelten Mittheilungen der heterogensten Art besteht. Als die Sammelforschung gehörig grosse Zahlen ergeben hatte, überzeugte man sich, dass die gestellte Frage auf statistischem Wege gar nicht zu lösen sei. Sie ist mit einem Haufen bunter Mosaiksteine zu vergleichen, aus welchem ein klares Gesammtbild zusammenzustellen verlorene Mühe wäre. Dennoch ist es diese Statistik auf welcher die Aetherfreunde hauptsächlich fussen.

Der natürliche unparteiische Schluss aus allem Gesagten ist der, dass wir noch kein allgemeines Anaestheticum besitzen, welches allen Anforderungen der Gefahrlosigkeit entspricht, d. h. nur auf das sensible Gebiet des Grosshirnes wirkt, ohne die anderen Theile des Centralnervensystems zu tangiren. Ich möchte hier den kurzen und praecisen Ausdruck anführen, den Prof. Kronecker in der Discussion über den Kappeler'schen Vortrag: «Chloroform versus Aether» in der Herbstsitzung des schweiz. Centralvereins zu Olten am 26. Oct. 1889 brauchte: «Wir haben keine reinen Giftqualitäten. Mit der Quantität des Giftes ändert sich auch zugleich seine Wirkung». Gewöhnlich hält man dafür, dass der Aether

*) Cf. das Protokoll der Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte vom 11. April; diese Wochenschrift pag. 225.

absolut gefahrloser sei, als das Chloroform, und zwar wegen der directen lähmenden Einwirkung des letzteren auf die Herzganglien und das vasomotorische Centrum. Dagegen lassen sich anführen 6 constatirte Fälle von allerdings glücklich beseitigter Syncope bei Aethernarcose (Mein Gewährsmann ist auch in dem Folgenden Kappeler[1]), welcher diese Fälle aufzählt mit Angabe der Quellen). Und weiter: Von 50 in den Jahren 1872 bis 1889 publicirten Aethertodesfällen starben 6 (1½ bis 24 Stunden p. narcos.) an Bronchitis und Lungenoedem, 7 Fälle erstickten durch Aspiration von erbrochenen Massen, in 11 Fällen gingen die bedrohlichen Erscheinungen von der Respiration aus, während der Puls erst später verschwand, in 6 weiteren Fällen verschwanden Puls und Respiration im selben Moment, in 9 Fällen erlosch die Herzaction vor der Respiration. Alles Facta, die nicht besonders beruhigend wirken können; jedenfalls büsst der Aether dabei seine Gefahrlosigkeit ein. Von anderen Uebelständen wäre noch das Sistiren der Urinsecretion in der Aethernarcose, welche Lawson Tait bei der Operation einer Vesicouterinfistel beobachtete zu erwähnen. Agnew verlor einen 45-jährigen Mann an Ruptur eines verkalkten Gefässes am Boden des 4. Ventrikels. Diesen Thatsachen stehen gegenüber folgende Daten über das Chloroform: Macleod, welcher an einem der grössten Hospitäler Schottland's arbeitet, erlebte bei 25-jähriger Thätigkeit keinen einzigen Chloroformtodesfall. In der Royal Infirmary von Edinburgh kommt 1 Todesfall auf 36,500 Chloroformirungen[2]) In den Jahren 1870—85 kamen in England 184 Todesfälle durch Chloroform und 28 durch Aether vor. Nimmt man an, dass etwa 6—7 mal mehr chloroformirt, als aetherisirt wird, so schlägt die Waagschale kaum zu Gunsten des Aethers aus. In den verhältnissmässig kleineren Zahlen über Aethernarcose liegt die Quelle der scheinbaren Ungefährlichkeit dieses Mittels.

Zu Ende des vorigen Jahres brachte die Berl. klin. Wochenschrift 3 Arbeiten von gewiegten Klinikern zur Narcosenfrage.

König (Nr. 53) verwendet vorzugsweise Aether, geht aber oft in derselben Narcose zum Chloroform über.

Bruns (Nr. 41) bekennt sich als Aetherfreund, erkennt aber absolute Contraindicationen an.

Mikulicz (Nr 46) hat 1 Semester lang neben Chloroform auch Aether angewandt und ist wegen seiner Unzulänglichkeiten wieder zum Chloroform übergegangen.

Das sind Stimmen, über welche man nicht ohne Weiteres zur Tagesordnung übergehen kann, wie dies mein Vorredner that.

In der obenerwähnten Discussion in Olten haben sich nur 3 Kliniker für den Aether (Girard, Fueter, Dumont), 6 für das Chloroform ausgesprochen (Demme, Müller, Socin, Fehling, Krönlein, Kappeler) Kronecker, welcher kein Kliniker, sondern Physiologe ist, war der Unparteiische. und betrachtete die Frage von seinem Standpunkt aus, wie schon erwähnt.

Mithin sind die Vortheile des Aethers der klinischen Erfahrung gemäss nicht so absolute und in die Augen springende, dass man schon heute die Frage zu Gunsten des Aethers beantworten könnte, wie dies mein Vorredner thut. Dasjenige aber, worauf es ankommt, ist nicht ob das eine oder andere Mittel zur Narcose gebraucht, sondern wie chloroformirt oder ätherisirt wird. Die Methodik und Technik der Narcose ist für die Erfolge, d. h. für die Vermeidung von Todesfällen ausschlaggebend. Zur Methodik sind nun verschiedene Vorschläge in der Literatur vorräthig, welche aber zumeist nicht in allgemeinen Gebrauch gekommen sind, mit Ausnahme der Baudouin'schen Tropfmethode.

[1]) Chloroform versus Aether. Corrbl. f. schweiz. Aerzte 1889.
[2]) Brit. med. Journ. 1883 II. S. 652.

Ein grosser Uebelstand bei dem beständigen Wechsel des Anaestheticums ist der, dass die jüngeren Assistenten, deren Aufgabe es gewöhnlich auf den Kliniken ist, die Narcose zu überwachen, leicht die Methode der Chloroform- und Aethernarcose verwechseln oder gleichsam in Eins verschmelzen. So war ich im vergangenen Sommer selbst Zeuge davon, dass solche Mengen von Chloroform auf die festaufliegende Maske gegossen wurden, wie dieses nur beim Aether erlaubt ist.

Und darauf kommt es ja nach den Versuchen von Paul Bert an, dass die Concentration des Chloroformdampfes nicht zu hochgradig sei. Er chloroformirte Hunde, welche bekanntlich sehr dagegen empfindlich sind, 6 Stunden lang mit 8% Chloroformluftmischung, ehe der Tod eintrat. Das gleiche Resultat hatte auch Snow und das englische Chloroformcomité. Ebenso hat Ratimoff, welcher unter Kronecker's Leitung arbeitete, gefunden, dass Kaninchen verdünnte Chloroformluftmischungen viele Stunden lang vertragen, während das Einathmen von mit Chloroform gesättigter Luft das Kaninchenherz nach spätestens einer Stunde tödtete.

Dieses scheint mir das punctum saliens in der Narcosenfrage zu sein. Die Versuchsresultate an Thieren sind zwar nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragbar; allein, dass der Mensch zu der relativ weniger empfindlichen Thierspecies gehört, lehrt uns die Erfahrung; dass er sich nicht refractär verhält, — lehrt uns die Mortalitätsstatistik. Also es scheint hauptsächlich darauf anzukommen, dass nicht zu concentrirte Chloroformluftmischungen inhalirt werden. Die gewöhnliche Chloroformnarcose giebt uns nicht die Möglichkeit, die Concentration richtig und zuverlässig zu messen; dieses Postulat erfüllt der Kappeler'sche Chloroformirapparat, welchen ich auf meiner letzten Reise kennen gelernt und in Constanz beim Instrumentenmacher Falkenstein (Markstätte Nr. 24) mir angeschafft habe. Ich habe in Ermangelung einer Hospitalsthätigkeit noch nicht Gelegenheit genommen, den Apparat selbständig anzuwenden, doch sind wohl die 1000 Narcosen, die der Autor mit ihm ausgeführt hat, genügend, um seine Brauchbarkeit zu beweisen. In Russland ist, so viel ich weiss, der Apparat noch ganz unbekannt.

Er besteht aus einem Cylinder, der als Chloroformbehälter dient und an dessen Graduirung man die jeweilige Concentration des Chloroformluftgemisches, in Ccm. auf 100 Liter Luft berechnet, ablesen kann. Mittelst eines gewöhnlichen Ballongebläses wird der Chloroformdampf durch ein Gummirohr in die Metallmaske geleitet, die anfangs in einiger Entfernung, später luftdicht dem Kranken über Mund und Nase gelegt wird. Die Maske trägt im Gegensatz zum Junker'schen Apparat kein Ventil, sondern communicirt durch eine Oeffnung mit der Aussenluft. Weder häufigere, noch tiefere Athemzüge seitens des Patienten erhöhen die Concentration des Gemisches. Es sollen etwa 30 Stösse pro Minute mit dem Ballon ausgeführt werden. Bei vollständiger Füllung des Cylinders (50 Ccm.) beträgt die Concentration 23,8 grm. pro 100 Liter Luft bei dem grösseren Gebläse, 15,7 bei dem kleineren. Beim Sinken der Chloroformsäule im Cylinder, also bei Fortdauer der Narcose, sinkt diese Concentration allmählich, auf 6,0 grm. (bei 10 Ccm. Inhalt) herunter, so dass also immer geringere Concentrationen zum Unterhalten der Narcose inhalirt werden.

Der Verbrauch des Chloroforms ist demgemäss ein geringer: bei 1000 Narcosen kamen im Durchschnitt per Narcose 12,3 Ccm. Auf die Minute wurden im Durchschnitt 0,53 grm. verbraucht. Operationsbereit waren die Kranken in 8 Minuten, wobei 5,7 Ccm inhalirt worden waren. In 10,2 % trat Erbrechen ein; wenn man die nicht vorbereiteten Kranken ausschliesst -- in 8,7 %. In 667 Fällen = 83 % war die Narcose gut, in 10,1 %

ziemlich gut, mit stärkerer Aufregung verbunden, in 52 Fällen = 6,5 % nicht gut zu nennen, weil verschiedene Zwischenfälle passirten. Die Dauer der Narcosen betrug in 123 Fällen 1—1½ Stunden, durchschnittlich 69,3 Minuten; dabei wurden im Durchschnitt 20 Ccm. Chloroform inhalirt, gefahrdrohende Erscheinungen wurden 2 mal beobachtet; dagegen eine Pat. mit Insufficienz der Mitralklappe 75 Minuten chloroformirt ohne jegliche Störung.

In 579 Fällen = 72 3 % war keine Nachfüllung des Glascylinders nothwendig. In 159 Fällen = 19,8 % eine einmalige, in 6,6 % — eine 2-malige, in 1 % eine 3 malige, in nur 1 Fall von 800 eine 4 malige. Sobald nach Verbrauch von 10 Ccm. noch alle Reflexe erhalten bleiben, so wird der Cylinder auf 50 Ccm. nachgefüllt; wenn es gilt die erreichte Anaesthesie zu unterhalten, so wird auf 30—35 Ccm. nachgefüllt, d h. auf 8—11 grm. auf 100 Liter Luft. Das durchblasene Chloroform, welches im Cylinder übrig bleibt, lässt sich wieder verwenden, da es nachgewiesenermaassen nicht leidet, eine geringe Zunahme des spec. Gewichts abgerechnet (0,007) welche auf Rechnung von Staubtheilchen kommt. Der Siedepunkt von 62° C. wird nicht verschoben. Eine Reihe von Versuchen, welche den Vergleich der Tropfmethode mit der Apparatmethode zur Aufgabe hatte, entschied bedeutend zu Gunsten der Apparatmethode. Die Einzelheiten sind im Artikel von Kappeler (D. Ztschr. f. Chir. 1889) nachzulesen. Bei der Tropfmethode kommt es oft zu einer Concentration von 81 grm. auf 100 Liter Luft.

Es ist zweifellos, dass bei Anwendung dieses Apparates die Chloroformtodesfälle auf ein Minimum herabgesetzt werden und von diesem Gesichtspunkt aus ist der Kappeler'sche Chloroformirapparat allen Chirurgen und Gynäcologen wärmstens zu empfehlen.

Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.

Klinische Mittheilungen

Von

Dr. H. Thomson.

Aus einer Reihe von mir ausgeführter Ovariotomien berichte ich im Folgenden über 2 Fälle als

I. Seltenere Formen von Neubildungen der Ovarien.

Ein Fall von Tuboovarialcyste.

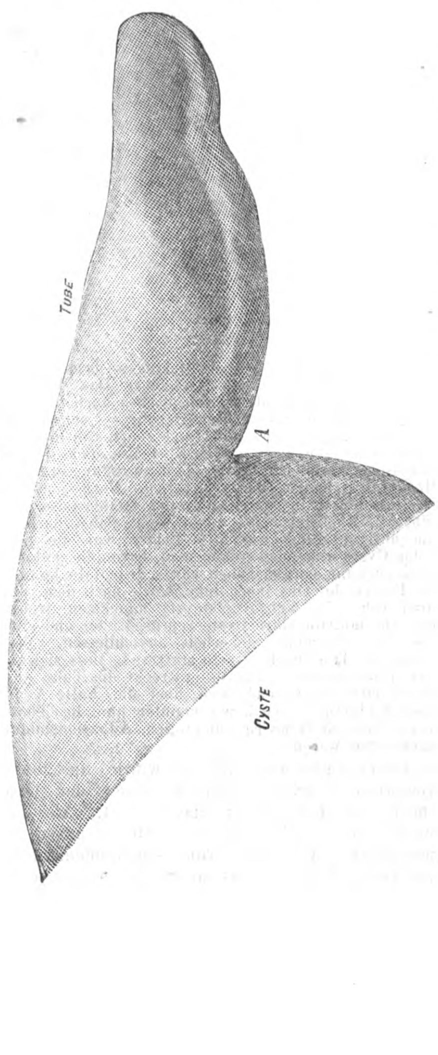
Die Tuboovarialcysten haben in den letzten Jahren das Interesse der Fachgenossen mehrfach in Anspruch genommen und es ist gelungen, die recht seltene Geschwulstform in ätiologischer Hinsicht klarzulegen. Bemerkenswerth sind hier die Mittheilungen von Runge und Thoma[1]), Köttschau[2]), Schramm und Neelsen[3]) und Rosthorn[4]).

Durch genannte Forscher sind die früheren Anschauungen über die Entstehung dieser Geschwulst, wie die complicirte Theorie von Burnier, verdrängt und ein einfacher den anatomischen Verhältnissen entsprechender Entstehungsmodus festgestellt worden. Der Stand dieser Frage wird durch die Schlusssätze der Arbeit von v. Rosthorn charakterisirt:

«1) Als Vorbedingung für die Entstehung der Tubo-Ovarialcysten ist die entzündliche Veränderung der Gebärmutteranhänge und deren Bauchfellüberzuges festzuhalten. 2) Die Versuche einzelner Forscher, dieselben auf die congenitale Ovarialtube zurückzuführen, muss zurückgewiesen werden. 3) Echte Ovarialcystome und sogenannte Follikelcysten können mit einer schon vorher angelötheten, kranken Tube durch Eiterung oder Druckatrophie der gedehnten Zwischenwand in Communication treten. 4) In jenen Fällen, bei welchen die Fimbrien oder deren Reste an die Innenfläche der Cystenwand zu liegen kommen, muss angenommen werden, dass die vorher schon abnorm gelagerte Tube mit ihrem Pavillon während des Ovulationsprocesses in den hierbei geplatzten Follikel hineinfällt oder hineinschlüpft, in dieser Stellung mit der Cystenwand verwächst und so zur Bildung eines gemeinsamen Raumes führt». — Unser Fall ist folgender:

A. B., 41 Jahre alt, Russin, fühlt sich schon fast ein ganzes Jahr krank, hat oft Schmerzen im Unterleib und bemerkt daselbst eine Geschwulst, die sich allmälig vergrössert. Pat. ist seit 20 Jahren verheirathet, kinderlos; bald nach der Hochzeit erkrankte sie mit Fieber und starken Schmerzen im Leibe, wo sie seit dieser Zeit immer dann und wann geringe Schmerzempfindungen hat. Die Menses, früher regelmässig, mit Schmerzen, sind in letzter Zeit unregelmässig, zuweilen recht stark aufgetreten, und ist der Pat. dazwischen eine reichliche blutig seröse Ausscheidung aus den Genitalien aufgefallen, nach Auftreten welcher die bestehenden Schmerzen nachliessen. — Pat. ist von mittlerer Grösse und ziemlich schlechter Ernährung, blass. Brustorgane und Urin normal. Im Unterleibe befindet sich eine cystische Geschwulst, welche nach oben bis zum Nabel reicht. Durch die Scheide lässt sich ein etwas nach rechts verlagerter, retrovertirter Uterus feststellen, an dessen Kante links sich der untere Theil des genannten Tumors anschliesst, welcher tiefsitzend die linke Beckenhälfte einnimmt. Ueber demselben verläuft vorne eine rundlichlängliche, prall gespannte, nicht bewegliche Geschwulst, welche ziemlich deutlich durchzufühlen ist und von der Uteruskante beginnend sich nach links und oben allmälig verliert.

Fig. 1.



Natürliche Grösse. (Spirituspräparat).

---

[1]) Arch. f. Gynäk. Bd. 26. 1885.
[2]) Verh. d. Deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. 1890.
[3]) Arch. f. Gynäk. Bd. 39. 1891.
[4]) Beiträge zur Chirurgie 1892 cf. Centralbl. f. Gyn. S. 46. 1893.

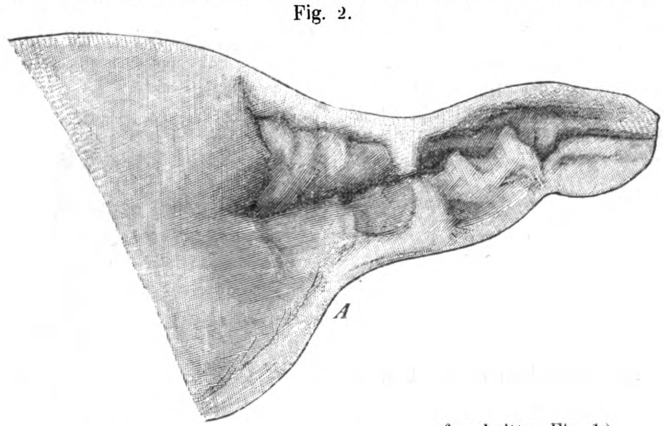
Operation: Schnitt in der lin. alba vom Nabel bis zur Symphyse. Die cystische Geschwulst sitzt tief im Becken und zwar im linken breiten Mutterband. Vielfache Verwachsungen mit der Umgebung und einzelnen Darmschlingen werden theils ligirt und durchtrennt, theils stumpf gelöst. Zur bessern Uebersicht wird der Inhalt des Tumors, eine blutigseröse Flüssigkeit, entleert, darauf werden zwischen Uterus und Geschwulst an der Ansatzstelle der Tube, einige Ligaturen angelegt und die Tube und ein Theil des breiten Mutterbandes durchtrennt. Endlich wird, was nicht ganz leicht gelang, die Geschwulst aus dem lig. latum ausgeschält. Im rechten Ovarium befand sich eine wallnussgrosse einkammerige Cyste; dieselbe wird exstirpirt, der übrige Theil des Ovarium nachgelassen. Aus der Tiefe des Geschwulstbettes blutete es recht beträchtlich, Umstechungen genügten nicht, es wurden daher die Ränder des Geschwulstmantels im unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht, die Höhle tamponirt. Bauchnähte.

Der Verlauf war ein durchaus glatter, höchste Temp. am 2. Tage 38,0. Am 13. Tage wurden die Bauchsuturen entfernt, prim. int. Das Geschwulstbett verkleinerte sich sehr schnell (Jodoformgazetamponade), die Secretion war sehr gering; am 30. Tage ist die kleine Wunde fast vollständig geschlossen. Befinden der Pat. gut.

Untersuchung der Geschwulst (Fig. I.): Der schmälere von der linken Uteruskante abgetrennte Antheil der Geschwulst stellt die Tube dar, welche in einer Länge von ca. 8 ctm. sich allmälig erweiternd, wie ein Retortenhals bei A in den Retortenkörper übergeht, welcher eine Cyste von über Kindskopfgrösse bildet, die zum grössten Theil ihres peritonealen Ueberzuges beraubt, aus dem lig. latum ausgeschält war. In der Cystenwand findet man noch 2 kleinere etwa kirschgrosse Cysten, mit klarem, schleimigem Inhalt. Das Lumen der Tube bei A (Fig. 2) ist so weit, dass man bequem einen Zeigefinger einführen kann, verengert sich aber allmälig, so dass am uterinen Ende kaum die feinste Sonde durchgeht. Das Tubenlumen zeigt vielfach vorspringende Falten, ebenso auch bei A, beim Uebergange in die cystische Erweiterung, — sonst sind die Wandungen im allgemeinen glatt und gehen continuirlich in die Cystenwandungen über, welche 3—4 Mm. dick sind. — Die mikroskopische Untersuchung der Tubenwandung ergab reichlich Muskulatur und Cylinderepithelien. Noch jenseits der Falte A liessen sich in der Cystenwand, stellenweise, obgleich nicht überall, Muskelelemente nachweisen, dabei flaches Epithel, im übrigen Bindegewebe. — Leider war die grössere Hälfte der Cyste abhanden gekommen, bevor die mikroskopische Untersuchung vorgenommen wurde. Jedenfalls konnte man aus dem Fehlen des Ovariums links, sowie nach dem übrigen Verhalten wohl eine Tuboovarialcyste annehmen, wobei das Ovarium eine multiloculäre Cyste repräsentirte, und eine Tubencyste mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen. Wo der Uebergang der Tube in die Cyste stattfand, liess sich natürlich schwer feststellen, jedenfalls erstreckt die Tube, allmälig ihre Muskulatur verlierend, sich über die Falte A in die Cystenwand hinein. — Auch wir konnten nur die Thatsache bestätigen, dass vielfache Entzündungen, Adhäsionsbildungen, vorausgegangen waren.

Was die Diagnose anbetrifft, so wurde dieselbe vermuthungsweise gestellt, jedenfalls ausser der Ovarialcyste noch ein Tubentumor diagnosticirt. Als diagnostisches Hilfsmittel (Schramm) hätte in unserem Fall das periodische Auftreten von sanguinolentwässrigem Ausfluss dienen können, was aber erst später von der Pat. herausexaminirt wurde. Schramm stellte in einem Falle mit Sicherheit vor der Operation die Diagnose, Runge vermuthungsweise. — Wie als Regel (Gusserow, Schramm) hingestellt, war auch in unserem Falle die Entfernung der Geschwulst eine recht schwierige wegen der Verwachsungen und des tiefen Sitzes derselben. — Endlich dürften Tuboovarialcysten von dieser Grösse recht selten beobachtet werden und auch nur dann, wenn der ovariale Antheil ursprünglich ein Cystom repräsentirte.

Fig. 2.



(aufgeschnitten Fig. 1.).

Combination eines grossen Ovarialcystoms des einen Ovariums mit Dermoiden des anderen.

Eine solche Combination von Geschwülsten gehört jedenfalls auch zu den seltenen Beobachtungen. Olshausen[1]) sagt darüber folgendes: «Endlich ist in einzelnen Fällen schon eine Dermoidcyste in einem Ovarium neben Cystoma proliferum in dem anderen beobachtet worden». Hierzu kommt das multiple Auftreten der Dermoide im vorliegenden Fall.

K. P., 59 Jahre alt, Deutsche, bemerkte seit einem Jahre eine deutliche und beständige Zunahme ihres Leibesumfanges. Besondere Schmerzen hat Pat. nicht, leidet aber sehr in Folge der Schwere des Leibes, welche sie in den Bewegungen hindert. Die Kranke hat 11 mal normal geboren, die Menses, welche vor etwa 10 Jahren sistirten, waren regelmässig, 4-tägig, 4-wöchentlich. Sonst ist sie immer gesund gewesen.

Pat. ist von mässiger Ernährung und mittlerem Wuchse. Der Umfang des Leibes über dem Nabel beträgt 135 ctm., die Entfernung von Proc. xyphoideus bis zur Symphyse 71 ctm.; Prall elastische Resistenz, an einzelnen Stellen etwas härter; überall gedämpfter Percussionsschall. — Brustorgane normal im Harn kein Eiweiss.

Operation: Schnitt in der lin. alba beginnt etwa 10 ctm. über dem Nabel und reicht bis auf 5 ctm. über der Symphyse. Die Geschwulst ist in der ganzen Ausdehnung des Schnittes mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Beim Loslösen der Geschwulst geräth man zuerst in eine falsche Schicht vor dem Bauchfell, jedoch wird der Irrthum gleich bemerkt und es gelingt mit einiger Schwierigkeit stumpf den Tumor von der vorderen Bauchwand abzulösen. Durch Einschnitt werden aus der Geschwulst etwa 2 Eimer einer dicklichen, dunklen Cystenflüssigkeit entleert, nach Durchtrennung von Adhäsionen mit dem Netz und in den Lumbalregionen lässt sich der Tumor herauswälzen, der ziemlich breit von der rechten Seite des Uterus abgehende Stiel ligiren und durchschneiden, — Darauf findet man noch im Douglas'schen Raum eine etwa gänseeigrosse festsitzende Geschwulst und mit ihr zusammenhängend zwei kleinere in der linken Beckenhälfte. Die grösste von ihnen wird gelöst und alle drei (Fig. 3) lassen sich im Zusammenhang hervorheben, abbinden und abtragen. Der Uterus normal, anteflectirt. Endlich wird die flächenhafte parenchymatöse Blutung aus den Bauchwandungen durch Compression und Thermokauter gestillt und die Bauchhöhle geschlossen. — Der

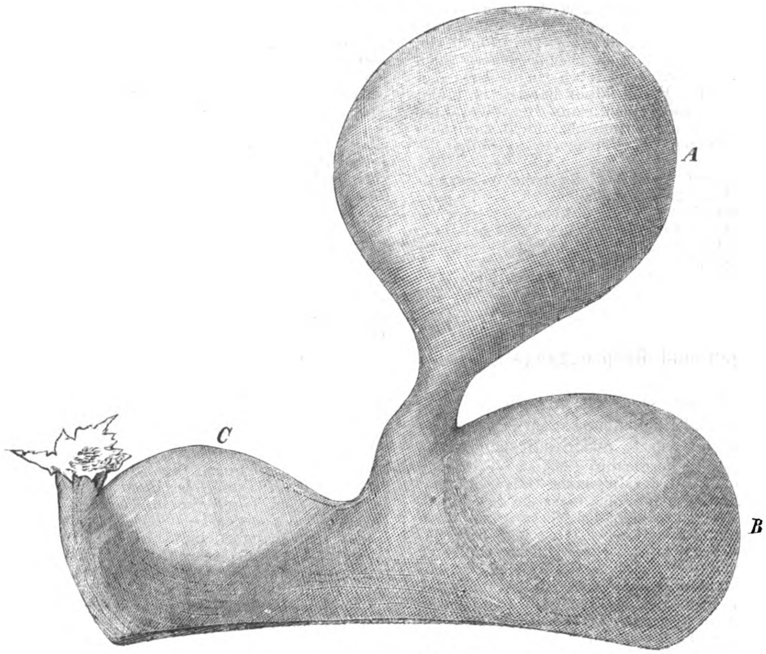
[1]) Die Krankheiten der Ovarien 1886. S. 401.

Verlauf ist ein günstiger, nur am 2. Tage treten Husten und Temperatursteigerungen um 38° auf, welche einige Tage anhalten. Am 3. Tage gehen Winde ab, das Befinden ist gut. Am 10. Tage Stuhlgang nach Ol. Ricini. Am 12. Tage Entfernung der Bauchsuturen; prim. int. Pat. erholt sich ausgezeichnet und steht am 16. Tage auf.

Die Untersuchung der rechtsseitigen grossen Geschwulst ergab ein multiloculäres glandulöses Ovarialcystom, welches zusammen mit der Flüssigkeit über 70 ℔ wog.

Die 3 kleineren mit der linken Uteruskante durch einen breiten Stiel zusammenhängenden Geschwülste ergaben folgende Verhältnisse (Fig. 3): Der Inhalt derselben ist weissgelbliches erstarrtes Fett. Die Wandungen sind derb, mehrere Mm. dick, Innenfläche ziemlich glatt. In der grössten Cyste A finden sich 4 Zähne auf einer 3,5 langen und 2,5 breiten Knochenplatte aufsitzend. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwandungen ergab abgeflachtes Epithel, derbes Bindegewebe, an einzelnen Stellen drüsen- und haarbalgartige Gebilde. In der Cyste C findet sich noch eine erbsengrosse derbe Papille von bindegewebiger Structur.

Fig. 3.



Natürliche Grösse (Spirituspräparat).

Referate.

Alessandro Borgherini: Ueber die Aetiologie und Pathogenese der Tabes dorsalis. Klinische Zeit- und Streitfragen. VIII. Band, 9. und 10. Heft. Wien, 1894, Alfred Hölder.

Der Paduenser Professor giebt eine kurze und klare Uebersicht des heutigen Standes der Tabesfrage mit Kennzeichnung seiner eigenen Stellungnahme zu derselben.

Im Abschnitte über die Aetiologie wird die syphilitische Theorie ausführlich behandelt; die Schwierigkeiten und unvermeidlichen Fehlerquellen bei Feststellung des Causalnexus zwischen Lues und Tabes werden dargelegt; zur Illustrirung der die Zahl der Syphilis-Tabesfälle vermehrenden Irrthümer dienen 4 kurze Krankengeschichten, welche man streng genommen nicht der reinen Tabes zurechnen darf, da eine specifische Kur allen 4 Patienten bedeutende Besserung, fast Heilung brachte, was bei der echten Tabes nie geschieht. Verf. proponirt solche Fälle als «syphilitische Pseudotabes» zu bezeichnen. Er bringt selbst eine neue Reihe von 68 Tabesfällen, bei denen nur in 32,35 pCt. Lues constatirt wurde, während in 10.29 pCt. überhaupt keine Aetiologie eruirt werden konnte. Hierbei wird die Lues zu anderen ätiologischen Momenten (neuropathische Erblichkeit, Erkältungen, rheumatische Einflüsse, körperliche Anstrengungen, sexuelle Excesse. Traumen, Alcoholmissbrauch, übermässige geistige Arbeit und psychische Ueberreizung, infectiöse Processe ausser Lues) in vergleichende Beziehungen gesetzt. B. kommt zum Schluss, dass Lues ohne Zweifel einen nicht geringen Antheil an der Aetiologie der Tabes hat, aber nicht die einzige und constante Ursache ist. Unter den concurrirenden Ursachen nimmt die neuropathische Erblichkeit den ersten Platz ein. Mit dem Autor wird man bei unvoreingenommener Beurtheilung der Thatsachen zu der Annahme gedrängt, dass die organische Prädisposition, die krankhafte Veranlagung des Individuums den ersten und wesentlichen Ursprung der Krankheit bildet, auf deren Boden erst jene oben angeführten schädigenden Momente, allen voran allerdings die Lues, ihre verderbliche Wirkung entfalten.

Im Capitel über die Pathogenese werden nach Aufzählung aller bisher aufgestellten Theorien die beiden neuesten, die Oberstein-Redlich'sche und die Marie'sche einer Kritik unterzogen. Bei beiden, als spinalen Theorien, liegt der schwächste Punkt darin, dass sie die cerebralen Symptome nicht erklären. Obersteiner und Redlich finden als Ursache der Degeneration der Hinterstränge eine Einklemmung und Abschnürung der hinteren Wurzeln durch die chronische Meningitis spinalis; letztere jedoch ist nach des Autors und Anderer Ansicht eine Folge, nicht die Ursache des endomedullären Processes, abgesehen davon, dass sie in manchen Fällen völlig vermisst wird. Diese Theorie könnte mithin höchstens für wirklich luetische Tabesfälle (Pseudotabes syphilitica) Geltung haben. — Marie verlegt den Ursprung der Krankheit in die Spinalganglien, die trophischen Centren der hinteren Wurzeln und deren Fortsetzung in den Hintersträngen. Eine Läsion der ersteren muss nach dem Waller'schen Gesetz zu einer Degeneration der letzteren führen. Fast alle späteren Untersucher haben jedoch eine Läsion in den Spinalganglien theils fehlend, theils so geringfügig gefunden, dass sie ihr jegliche ätiologische Bedeutung absprechen. Auch Babinsky's Versuch, die Theorie durch die Annahme einer blos functionellen Läsion der Spinalganglien zu retten, muss als vergeblich betrachtet werden. B. verzichtet auf die allzustrenge Anwendung des Waller'schen Principes und lässt mit Kahler und Pick auch in der Nervenfaser primär einen degenerativen Process einsetzen, verlegt den Ausgangspunkt der Krankheit in die Nervenfaser selbst; dadurch erklärt er

nicht nur die spinalen Veränderungen, sondern alle Degenerationsvorgänge im Gesammtnervensystem bei der Tabes, wahrt somit die pathologische Einheit.

Das Verhältniss von Aetiologie und Pathogenese gestaltet sich also derart, dass das von seiner embryonalen Entwickelung her in einzelnen Abschnitten weniger resistente Nervensystem jenen oben angeführten schädlichen Agentien unterliegt. Für die Behandlung folgt aus dieser Darlegung, dass eine specifische Therapie der genuinen Tabes irrationell ist; ist Syphilis vorausgegangen, so hat sie eben Degenerationen erzeugt, die sich in nichts von den durch andre Ursachen bewirkten unterscheiden. Eine Mercurialkur hat Berechtigung und Erfolg nur, wo die Läsion einen manifesten Charakter der Specifität trägt; solche Fälle sollten aber nicht zur Tabes gezählt, sondern besser einfach als Rückenmarkssyphilis bezeichnet werden.

In einem Anhange betont Verfasser die nahe Verwandtschaft zwischen seiner Anschauung und der von Edinger im vorigen Jahre veröffentlichten Theorie über die Ursachen einiger Nervenkrankheiten, insbesondere der Tabes. Diese Theorie beruht auf dem Princip des functionellen Verbrauchs und der organischen Reparatur.

Michelson.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

C. Hasse: Handatlas der sensiblen und motorischen Gebiete der Hirn- und Rückenmarksnerven zum Gebrauch für praktische Aerzte und Studirende. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1895.

Als Lehrer der Anatomie an der Breslauer Universität hat der Autor lebhaft den Mangel empfunden, dass die gewöhnlich übliche Darstellung und Beschreibung der Nerven und ihres Verlaufes deren Ausbreitungsgebiete sowie Austritts- und Eintrittsstellen so wenig berücksichtigt. Diese Lücke wollte er mit seinem Handatlas ausfüllen und dass dies auf den 36 lithographischen Tafeln in ausgezeichneter Weise gelungen ist, muss in vollstem Maasse anerkannt werden. Die halbschematischen Figuren bringen in äusserst übersichtlicher und anschaulicher Weise die verschiedenen durch sauberen Farbendruck gegen einander sich abhebenden Nervengebiete zur Darstellung. 18 Tafeln zeigen die sensiblen und ebensoviele die motorischen Territorien der gesammten Körperoberfläche, der Körperhöhlen, Fingeweide, Gelenke, Muskeln, Sinnesapparate. Die Durchtrittsstellen der Nerven durch die Fascie, ihre Eintrittsstellen in die Haut und in die Muskeln sind überall, ohne die Uebersichtlichkeit zu stören, skizzirt.

Wer sich dem Studium des Nervensystems widmet, wird dieses Atlasses nicht entrathen können.

Die gesammte Ausstattung des handlichen Buches ist eine vorzügliche. Michelson.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Professor Dr. Albert Eulenburg. Dritte Auflage, Bd. III, Lieferung 21 bis 30. Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg.

Mit einem Gefühl der Beschämung ergreifen wir die Feder zur Anzeige des III. Bandes der in dritter Auflage erscheinenden weltberühmten Eulenburg'schen Realencyclopädie; ist doch schon eine sehr geraume Zeit seit seinem Erscheinen verflossen. Es ist selbstverständlich, dass auch dieser Band so musterhaft redigirt ist, wie seine Vorgänger. Der Band beginnt mit einem wichtigen Capitel — «Bauchfell» — und schliesst mit «Breege». Von hervorragendem Interesse sind die Abschnitte über «Bauchhygiene», «Becken», «Bekleidung und Ausrüstung des Soldaten», «Beriberi», «Beschäftigungsneurosen», «Blasenkrankheiten». Aber auch sonst ist durchweg zu erkennen, dass Meisterhände an dem Werk mitgeschaffen haben und dass eine Meisterhand die einzelnen Bausteine zu einem grossen Ganzen zusammengefüdt hat. Nächstens berichten wir über den auch schon erschienenen IV. Band. W.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

590. Sitzung am 25. April 1895.

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär: W. Beckmann.

Disscussion über den Vortrag des Herrn Richter «Ueber die Aethernarkose».

Herr Richter verwahrt sich gegen den ihm von Herrn Selenkoff gemachten und durch nichts begründeten Vorwurf der Parteilichkeit. Er hat vielmehr die Statistiken der Autoren der verschiedensten Nationen angeführt (Comte, Ollier, Poncet, Julliard, Gurlt etc.). Alle erwähnten Autoren kommen inbezug auf das Chloroform zu fast übereinstimmenden Resultaten. Wenn Herr Selenkoff anführt, dass in manchen grossen Hospitälern Englands 25 Jahre hindurch ohne Todesfall chloformirt wird, so kann dem entgegengestellt werden, dass Rabatz in Wien in 22 Jahren über 150000 Aethernarkosen ohne bösen Zufall beobachtet hat, ähnlich Vallas bei 40000 Aethernarkosen. Der Zufall und die Idiosynkrasie spielen bei solchen Beobachtungsreihen eine grosse Rolle. Die von Herrn Selenkoff angeführten 6 Fälle von primärer Lähmung des Circulationscentrum durch Aetherisirung bedürfen wegen ihrer Wichtigkeit einer ausführlicheren Wiedergabe und Kritik. Dieselben widersprechen den allgemein acceptirten physiologischen und pharmakologischen Anschauungen (Flourens, Magendie). Die Statistik Gurlt's ist durchaus zuverlässig und gut rubricirt. Die Gefahr bei Lungenaffectionen hat R. nicht geleugnet. Die Höhe des tödtlich wirkenden Concentrationsgrades beweist die geringere Gefährlichkeit des Aethers verglichen mit dem Chloroform. Die Feuergefährlichkeit des Aethers kommt nicht in Betracht. Selbst die besten Inhalationsapparate schützen nicht vor den blitzartig eintretenden Todesfällen im ersten Beginn der Chloroformnarkose. Für die «Aetherpneumonie» und das «Aetherlungenoedem» ist bis jetzt ein directer Zusammenhang mit der Aetherisirung nicht nachgewiesen worden. Das «post hoc ergo propter hoc» besitzt keine genügende Beweiskraft. Pneumonien kommen nach Operationen auch nach Chloroformnarkosen vor. Die experimentellen von Loewit am Thiere gewonnenen Resultate sind von diesem selbst auf den Menschen nicht übertragen worden. Diese Experimente (Injection von Aether acet. in die jugularis resp. Eingiessen in die Trachea) unterscheiden sich denn doch sehr von der Art der Aetherisirung. Endlich hat Loewit wohl Lungenoedem, nie aber Pneumonien erzeugt. Die 6 Fälle von Aetherlungenoedem, auf welche sich Poppert stützt, sind nicht beweisend: ein Fall ist ungenau beschrieben, in 2 Fällen wäre die Aethernarkose wegen bestehender Pleuritis, Exsudaten etc. contraindicirt gewesen. 2 weitere Fälle wurden nicht secirt, im letzten Fall ist Gehirnoedem als Todesursache anzusehen, daneben fanden sich «congestionirte Lungen». Aetherpneumonien beobachtete Czerny speciell nach Bauchoperationen und zwar wegen ungenügender Expectoration des Schleimes infolge der Schmerzhaftigkeit beim Husten. Also handelte es sich nicht um toxische Pneumonien sondern um mangelhafte Expectoration bei unter gewöhnlichen Umständen harmloser Hypersecretion der Schleimhaut. Nicht der Aether ist die Ursache solcher Pneumonien, sondern nach Nauwerck eine Infection. Da der Aether leicht flüchtig ist, kann derselbe keine toxische Spätwirkung entfalten. Die am 3—7 Tage auftretenden Pneumonien dürfen schwerlich als «Aetherpneumonien» bezeichnet werden. Bruns führt die Pneumonien und Oedeme auf starke Reizwirkungen durch Verunreinigungen des Aethers (Oxydationsprodukte) zurück, Nauwerck fand in den Lungen zweier Fälle von sogenannter Aetherpneumonie Streptococcen. Er glaubt sowohl diese wie auch eventuell Staphylococcen, Pneumococcen etc. stammten aus der Mundhöhle, woher sie bei aufgehobenen Reflexen mit dem Speichel in die Trachea fliessen. Solche Aspiration infectiösen Materials kann auch zum Ausbruch eines acut-entzündlichen Lungenoedems führen. Prophylaktisch sind unreine Aetherpräparate zu vermeiden, ebenso ist die asphyxirende Methode, welche gewöhnlich mit ausgiebiger Secretion einhergeht, nicht anzuwenden. Der Michaelis'sche Apparat reducirt die Secretion auf ein Minimum, auch kommt die Injection einer Atropinlösung vor der Narkose in Frage.

Herr Tiling hat schon gelegentlich der ersten Diccussion über die Aethernarkose die guten Seiten derselben anerkannt, doch auch seine Bedenken in Bezug auf einige Schattenseiten dieses Mittels nicht verhüllt. T. stimmt mit dem Vortragenden überein in der Feststellung von gewissen Contraindicationen für die Aethernarkose, vor allem der Lungenaffectionen. Die vom Vortragenden in Abrede gestellte specifische Aetherpneumonie muss T. anerkennen. Einerseits scheinen dafür doch die Thierversuche zu sprechen, welche wohl mit einiger Reserve Rückschlüsse auf das Zustandekommen des Lungenoedems auch beim Menschen erlauben, andrerseits sprechen dafür die klinischen Beobachtungen zuverlässiger Autoren (Poppert, Mikulicz). Es ist ja gewiss nicht mathematisch zu beweisen, dass die Pneumonien nach der Aethernarkose als Folge der letzteren aufzufassen sind, doch erreicht diese Annahme einen hohen Grad von Wahrscheinlichkeit, wenn man gesunde und kräftige Menschen nach der Narkose ausgesprochenes Lungenoedem bekommen sieht. Solche Aetherpneumonien entstehen offenbar in der Weise, dass die starke Secretion in den Bronchen einen überaus günstigen Nährboden für die Entwickelung von pathogenen Mikroorganismen schafft. Es sind das also keine eigentlich toxischen Pneumonien. Noch vor Kurzem hat T. eine Pneumonie beobachtet 3 Tage nach einer Radicaloperation einer Hernie bei einem kräftigen gesunden Mann, der einen leichten Bronchialkatarrh hatte und irrthümlicherweise statt mit Chloroform, wie es in solchen Fällen zu geschehen pflegt, mit Aether nar-

kotisirt worden war. Was die Wanscher'sche Maske anbetrifft, so ist dieselbe entschieden zu verwerfen, besonders seitdem Dreser nachgewiesen hat, dass unter dieser Maske der O-gehalt der Luft in sehr kurzer Zeit so weit sinkt, dass der Patient buchstäblich nicht mehr athmen kann. Was die Statistik der Aethernarcose betrifft, ist zu erwähnen, dass in der Gurlt'schen Statistik die Möglichkeit von Spättodesfällen nach der Aethernarkose nicht berücksichtigt ist. Zum Schluss erwähnt T., dass er einmal nach einer Aethernarkose eine leichte ulceröse Angina beobachtet habe.

Herr Beckmann spricht sich dahin aus, dass wir nicht im Stande sind auf Grund der Statistik uns für oder gegen den Aether endgiltig zu entscheiden. Die Zahlen für die Chloroformtodesfälle schwanken nach der Zusammenstellung von Schleich zwischen 1:3000 und 1:1050. Nach den englischen Statistiken ist das Chloroform 3 Mal gefährlicher als nach den deutschen, trotzdem es in England angestellte Cloroformatore gibt. Sicher ist jedenfalls, dass viele Todesfälle verschwiegen werden und kennt fast jeder College nicht publicirte Chloroformtodesfälle. Schleich berechnet für Berlin 54000 Choloformnarkosen jährlich, darunter müssten, falls auf 2600 Narkosen 1 Todesfall gerechnet wird, alljährlich 21 Chloroformtodesfälle vorkommen, doch gelangen nur 3—4 zur Kenntniss. Daraus geht hervor, dass die Statistik nur sehr vorsichtig zur Entscheidung der auf der Tagesordnung stehenden Frage herangezogen werden darf. Mehr Bedeutung muss schon der persönlichen Erfahrung und dem subjectiven Eindruck, den man von den verschiedenen Narkotisirungsmethoden gewinnt, bei der Beurtheilung des Aethers und Chloroforms zugesprochen werden. Unparteiisch kann aber nur der urtheilen, der sowohl die Aether- als auch die Chloroformnarkose kennt. Häufig genug ist es aber, dass die Gegner der Aethernarkose nur chloroformirt und gar nicht oder wenig aetherisirt haben. Auf Grund von 1200 Chloroform- und über 200 Aethernarkosen zieht B. den Aether in allen den Fällen vor, wo man Individuen zu narkotisiren hat, deren Organe gesund sind. Seit Einführung der Aethernarkose in der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals wird in jedem einzelnen Fall reiflich erwogen, ob nicht Contraindicationen für den Aether vorliegen. Auf 200 Aethernarkosen kamen ungefähr 10 Chloroformnarkosen in etwa 7 Monaten. Ein Fall ist sehr instructiv. Es handelte sich um ein ziemlich herabgekommenes Individuum mit einem grossen Abdominaltumor, der einerseits eine Cyste, andrerseits mit Berücksichtigung des herabgekommenen Allgemeinzustandes auch maligner Natur sein konnte. Beiderseits hinten unten fand sich eine breite Dämpfung über den Lungen, welche vom zurathegezogenen Therapeuten als Flüssigkeitserguss in die Pleuren angesprochen wurde. Da also die Lungen nicht frei waren, wurde Chloroform zur Narkose gewählt. Die Laparotomie ergab eine riesige Ovarialcyste, die mit Leichtigkeit entfernt werden konnte. Der Tumor hatte das Zwergfell hoch hinaufgedrängt, wodurch die Dämpfung hinten unten über den Lungen zustande gekommen war. Der Verlauf war in den ersten Tagen günstig. Am 3 Tage nach der Operation entwickelte sich eine Pneumonie, der die Pat. erlag. Falls Aether angewendet worden wäre, hätte man sicher von einer Aetherpneumonie gesprochen. Die Beurtheilung der Nachwirkungen der Anaesthetica ist ungemein schwierig. Ueber die Nachwirkungen des Chloroforms weiss man fast garnichts, trotzdem wohl mancher Chloroformirte an denselben zu Grunde geht. Hingewiesen sei nur auf die Fälle, wo sich im Anschluss an die Chloroformnarkose eine fortschreitende Herzschwäche bemerkbar macht, die zum exitus letalis führt. In solchen Fällen wird entweder einfache Herzschwäche oder Sepsis diagnosticirt. B. ist der Meinung, dass progrediente Herzschwäche nach Chloroformnarkose häufig als Nachwirkung des Chloroforms zu deuten ist. Wenn nun auch im Allgemeinen dem Aether der Vorzug zu geben ist, darf man doch nicht vergessen, dass auch dieser ein Gift ist. Im Gegensatz zu vielen anderen Autoren fand B. in 19 pCt. der Fälle nach der Aethernarkose vorübergehende Albuminurie. In neuester Zeit hat endlich Becker (Virch. Arch. Bd. 140, Heft 1) nach Narkosen Acetonurie beobachtet und zwar fast nach allen Chloroformnarkosen und in ²/₃ der Fälle nach Aethernarkosen. Auch diese Erscheinung spricht dafür, dass die Narkosen einen gewaltigen Einfluss auf den Gesammtstoffwechsel haben. Was endlich die verschiedenen Verbesserungen, die an Apparaten vorgenommen werden, betrifft, so darf man sich davon nicht zu viel versprechen. Auch der von Herrn Selenkoff demonstrirte und warm befürwortete Kappeler'sche Apparat ist nicht im Stande die Narkose ungefährlich zu machen. Die Leitung einer Narkose erfordert grosse Erfahrung, Geschicklichkeit und Beobachtungsgabe. Von diesen Factoren hängt im Wesentlichen die Prognose der Narkose ab.

Herr Wanach ist gleichfalls der Meinung, dass die Statistik bei der Entscheidung der vorliegenden Frage nicht viel werth sei. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Gefahr der Narkose keine grosse sei. Je seltener aber ein Ereigniss ist, um so mehr Zahlen sind erforderlich um auf statistischem Wege seine Abhängigkeit von einem bestimmten Factor zu beweisen; ausserdem muss verlangt werden, dass alle für die Statistik verwertheten Facta gleich seien. Dieses trifft für die Narkosestatistik nicht zu. Auch die Gurlt'sche Statistik lässt Einwände zu. Was die nicht veröffentlichten Todesfälle betrifft, so sind dieselben nicht in Betracht zu ziehen, da sowohl Aether- als Chloroformtodesfälle verschwiegen werden. Die Frage der Spättodesfälle ist erst unlängst angeregt und noch lange nicht spruchreif. Bis jetzt muss daran festgehalten werden, dass auch während der Aethernarkose Todesfälle vorkommen. Im Einzelfalle ist es daher auch bei der Anwendung des Aethers unmöglich, mit Sicherheit einen günstigen Verlauf der Narkose zu versprechen.

Herr Richter. Ohne Statistik kann die Narkosenfrage doch nicht entschieden werden. Die Gurlt'sche Statistik ist durchaus zuverlässig, dieselbe umfasst sowohl die Narkosen, als auch die Todesfälle derselben Beobachter. Nephritiden nach Aethernarkose kommen wohl vor. Die sogenannten Aetherpneumonien entstehen auf Grund von Secretverhaltung, die aber vermieden werden kann. Bei Anwendung des Michaelisschen Apparates kann man sicher sein, dass kein schlimmer Zufall während der Aethernarkose eintritt. Der Aetherisator fühlt sich in Bezug auf die Möglichkeit eines schlimmen Zufalles viel sicherer als der Chloroformator.

Herr Blessig. Im Augenhospital wird die Aethernarkose seit dem vorigen Frühjahr angewandt nach der berauschenden Methode. Bis jetzt kann man sich nur lobend über dieselbe äussern. Die Narkosen sind allerdings kurz dauernd, meistens nicht über eine halbe Stunde. Als Maske dient ein trichterförmiger Sack aus Gummistoff, der von innen mit Watte ausgepolstert ist (Demonstration). Ein Vorzug dieser Maske ist, dass sich der Luftabschluss durch Einziehen der Wände der Maske kund giebt. Die Aethernarkose hat im Augenhospital einen sehr günstigen Eindruck hinterlassen. Schon der Umstand, dass ein primärer Herztod ausgeschlossen ist, gewinnt der Aethernarkose Anhänger. Die Statistik ist für die Entscheidung der Narkosenfrage ungenügend: 1) weil die Beurtheilung der Todesfälle zu wünschen übrig lässt 2) weil die Technik der Narkose keine gleichmässige ist. Von der Gewandtheit und Vorsicht des Narkotisators hängt viel ab. Dieses kommt aber in der Statistik nicht zum Ausdruck. 3) weil die Wahl des Narkosemittels resp. die wichtige Individualisirung in jedem einzelnen Fall nicht immer zutreffend ist. Bei Anerkennung der Contraindicationen ist der Aether für die grosse Mehrzahl der Fälle vorzuziehen.

Herr Tiling weist darauf hin, dass das Bestreben des Aetherisators dahin gehen muss, mit möglichst geringen Mengen Aether auszukommen. In der Klinik Tilings werden zuerst 10,0 auf die Maske aufgegossen. Nach etwa 1 Minute abermals 10,0. Mit 50,0 ist die Narkose meist complet. Nie sind mehr als 200,0 verbraucht worden selbst bei 1½ Stunden dauernder Narkose. Man müsste versuchen mit noch kleineren Mengen auszukommen. Die Statistik darf bei der Entscheidung der Narkosenfrage nicht gänzlich vernachlässigt werden. Alle medicinische Erfahrung basirt auf dem Vergleich der Erscheinungen. Grosse Zahlen haben gewiss einen Werth.

Herr v. Schröder weist darauf hin, dass Pneumonien nach Operationen auch sonst vorkommen, selbst dann, wenn ohne Narkose operirt wurde.

Herr Wulff. Die Aethernarkose wird seit einem halben Jahre auf der chirurg. Abtheilung des männlichen Obuchowhospitals angewandt bei schwachen Kranken mit schlechter Herzthätigkeit; die erzielten Resultate sind gute. Als Maske dient ein einfacher Glastrichter (angegeben von Lesin) in dem ein Schwamm steckt (Demonstration). Für die gemischte Cocain-Chloroformnarkose spricht der Umstand, dass beide Mittel pharmakologische Antagonisten sind. Die Arbeit von Rosenberg verdient mehr Beachtung; aus derselben geht hervor, dass durch Ausschaltung des Trigeminus reflectorischer Herzstillstand vermieden werden kann.

Herr Richter glaubt, dass es schwieriger sei, das durch Cocain excitirte Grosshirn durch Chloroform zu anästhesiren. Die locale Anästhesie der Nasenschleimhaut mit Cocain nach Rosenberg hat R. versucht, ist aber zu negativen Resultaten gelangt.

Herr Anders spricht sich dahin aus, dass complicirte Fragen nur auf statistischem Wege gelöst werden können. Die klinische Beobachtung ist wichtiger als das Thierexperiment. Man muss hoffen, dass das statistische Material in Zukunft besser werde.

Herr Dombrowski hat seit 6—7 Jahren im Peter-Paulhospital nur gemischte Cocain-Chloroformnarkosen angewandt und ist mit denselben sehr zufrieden. Der Chloroformverbrauch ist nach vorausgeschickter Cocaininjection bedeutend geringer.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 26. Sept. 1894.

1) Dr. Kernig verliest eine längere zur Veröffentlichung bestimmte Abhandlung über «Die subcutane Anwendung des Arsen» an der Hand von 35 Krankengeschichten, die fast sämmtlich aus dem Obuchow Frauenhospital stammen. Ref. prakticirt die subcutane Anwendung des Arsen in Fällen, wo der Zustand des Magendarmkanales (Durchfälle etc.) den innerlichen Gebrauch des Arsens nicht zulässt, schon seit dem Winter 1887/88 und hat auf dem internationalen Congress in Berlin 1890 bereits eine Mittheilung darüber gemacht (Verhandlungen des Congresses, Bd. II, 5. Abtheilung, p. 159) Ref. theilt die ihm vorliegenden Krankengeschichten in 3 Gruppen. Zur ersten Gruppe rechnet er die schweren Fälle von Anämie, Krebs, Tuberculose verbunden mit Gastrointestinalcatarrhen, wo eine grosse Reihe von Injectionen, 20 bis 150, gemacht werden musste. In dieser Gruppe zählt er 12 Fälle auf, von welchen 3 gestorben und 9 gut verlaufen sind. In die zweite Gruppe rechnet Dr. Kernig solche Fälle, wo bloss 6 bis 12 Injectionen gemacht worden sind. Dieselben dienten wegen zeitweiliger Magendarmstörungen als Uebergang zum inneren Gebrauch des Arsen. In diese Gruppe gehören 10 Fälle, von denen in 8 Fällen unmittelbar nach den Injectionen mit der innerlichen Darreichung des Arsen fortgefahren werden konnte. In die dritte Gruppe zählen 12 Fälle, wo die Injectionen ohne Bedeutung gewesen sind ihrer geringen Anzahl wegen. Von diesen sind 9 gestorben, von welchen in 6 Fällen die Behandlung überhaupt erst in Extremis begonnen wurde.

In allen günstig verlaufenden Fällen trat nach dem Beginne der subcutanen Arsenbehandlung eine günstige Beeinflussung des Allgemeinbefindens auf, die Ref. nach vorhergegangener vergeblicher Behandlung mit anderen Mitteln dem Arsen zuzuschreiben im Stande ist. Anfangs benutzte er zu den Injectionen eine Lösung von 1 Theil Liquor arsen. Fowleri mit 2 Theilen destillirtem Wasser (eine halbe Pravaz'sche Spritze voll), später jedoch nach dem Vorgange von Prof. Sacharjin in Moskau unverdünnten Liquor arsen. Fowleri (einige Theilstriche der Pravaz'schen Spritze). Es muss jedenfalls die noch klare Arsenlösung benutzt werden und hat Dr. Kernig unter solchen Umständen äusserst selten Schmerzhaftigkeit an den Injectionsstellen, und nur ein Mal Abscessbildung beobachtet.

Wenn man die Dosis berechnet, so bekommen die Patienten bei der subcutanen Anwendung täglich circa 4 Tropfen; bei der innerlichen Anwendung, wie Ref. sie in Gebrauch hat, erhalten dieselben jedoch schon im ersten Monat durchschnittlich 6 Tropfen pro die. Daraus scheint hervorzugehen, dass das Arsen bei der subcutanen Anwendung stärker wirkt, als innerlich gegeben. Eine Einwirkung auf den Darm hat Ref. bei der subcutanen Anwendung nicht beobachtet, desgleichen auch kein Arsenexanthem. In einer grösseren Zahl seiner Fälle hat er Botriocephalus nachweisen können und schliesst sich der Ansicht an, dass diese Anämien nicht durch eine Nahrungsentziehung von Seiten des Bandwurmes, sondern durch Aufnahme von septischen Zersetzungsproducten in den menschlichen Organismus bei innerhalb des Darmkanales in Fäulniss übergegangenem Bandwurm zu erklären sei.

Dr. Westphalen bestätigt letztere Ansicht. Er hat Bandwürmer faulen lassen, das Substrat filtrirt und sterilisirt und Thieren subcutan injicirt, worauf er bei letzteren eine wesentliche Abnahme der rothen Blutkörperchen constatiren konnte. Bezüglich der Frage, in wieweit der Nachweis von Helminthen-Eiern in den Faeces zu der Annahme des Vorhandenseins eines Bandwurmes im Darmcanale berechtigt, theilt Ref. mit, dass er noch 14 Tage nach abgetriebenen Bandwurmstücken Eier in den Faeces habe abgehen gesehen.

Dr. Petersen erwähnt einer Beobachtung, die er bei subcutanen Injectionen von Hydrargyrum salycilicum gemacht hat, dass nämlich die Schmerzhaftigkeit des Stiches als auch die schmerzhafte Nachwirkung nach demselben immer auf einer Seite des Körpers stärker ausgeprägt sei, als auf der anderen.

Dr. Westphalen hat bei neurasthenischen Patienten gewöhnlich die linke Seite empfindlicher gefunden, als die rechte, oft aber auch gekreuzt, indem die Sensibilität auf dem Kopfe anders vertheilt war, als am Rumpfe.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Auszug aus den Protocollen

der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 19. April 1895 *).

Vortrag des Prof. K. Dehio über «die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel, nach ihren ätiologischen Zusammenhängen betrachtet.»

Seit jeher hat die Frage nach der Aetiologie und Verbreitungsweise der Lepra die verschiedensten Beantwortungen gefunden, was um so auffallender ist, als wir es hier mit einer der ältesten und weitest verbreiteten Seuchen des Erdballes zu thun haben. Zudem besitzen wir wohl über keine Krankheit so alte schriftliche Nachrichten, wie gerade über den Aussatz; ich erinnere nur an die in dem 2—5 Buche Mose enthaltenen Beschreibungen und gesetzlichen Bestimmungen, die sich auf die Lepra beziehen. Wenngleich es sehr wahrscheinlich und durch Prof. Münch in Kiew neuerdings wohl sicher gestellt ist, dass der Aussatz (Zaraath) der hebräischen Bibel sich nicht völlig mit der Krankheit deckt, die wir heute als Lepra bezeichnen und dass die mosaische Gesetzgebung sich hauptsächlich auf die Vitiligo und den Herpes tonsurans bezieht, so sind diese Ueberlieferungen für uns doch auch heute noch von praktischer Wichtigkeit, denn wir sehen aus ihnen, dass schon im Alterthum die Ausschliessung von Menschen, die an chronischen Hautkrankheiten leiden, aus dem Verkehr nicht nur gesetzliche Geltung, sondern sogar religiöse Sanction besass. Im 12. bis 16. Jahrhundert nach Christi, wo der Aussatz ganz Mittel- und Westeuropa verseuchte, wurde die Krankheit von Aerzten und Laien durchaus für ansteckend gehalten und nur so lassen sich die strengen Isolirungsmaassregeln erklären, von denen die Leprösen damals getroffen wurden. Als dann die Lepra erlosch und die Erinnerung an diese Geissel des Mittelalters im Volksbewusstsein verblasste, ging auch die Erkenntniss von der Contagiosität derselben verloren. Nur in einzelnen entlegenen Ländern unseres Erdtheils hat sich die Seuche bis in unser Jahrhundert erhalten, so namentlich in Norwegen, und so sind es die berühmten norwegischen Aerzte Danielssen und Boeck, welche vor nahezu 50 Jahren die medicinische Welt wieder an die Existenz der Lepra erinnerten. Die nicht zu leugnende Thatsache, dass die Lepra auffallend häufig mehrere Glieder einer Familie befällt, führt die genannten Forscher zu der Ansicht, dass sie sich durch Erblichkeit von Generation zu Generation fortpflanze. Diese Ansicht ist lange Zeit die herrschende geblieben: nur die Engländer machten dagegen geltend, dass die Lepra auf dem ganzen Erdenrund vorzugsweise solche Länder heimsuche, welche an der Meeresküste oder an grösseren Binnengewässern gelegen sind, und schlossen daraus, dass die socialen Verhältnisse der Küstenvölker (Schifffahrt, Fischereigewerbe oder die fischreiche Nahrung) an der Verbreitung der Lepra Schuld sein müssten. Erst mit der Entdeckung des Lepra-Bacillus traten andere Anschauungen in den Vordergrund. Seit wir im Lepra-Bacillus die Träger der Krankheit erkannt haben, erhielt die Lehre von der Contagiosität oder Ansteckungsfähigkeit der Lepra eine neue Stütze.

Vor allem waren es Armauer Hansen in Norwegen, Neisser und Arning in Deutschland, Leloir in Frankreich, und Prof. Münch in Kiew, welche energisch für die Uebertragung der Lepra von Mensch zu Mensch eingetreten sind. Bei uns zu Lande ist es namentlich Prof. E. v. Wahl gewesen, der die contagiöse Uebertragung des Leprabacillus als die eigentliche Ursache der Lepra hingestellt hat. Nichtsdestoweniger ist die Frage nach der Aetiologie der Krankheit und den Ursachen ihres Umsichgreifens noch lange nicht entschieden. Nur wiederholte und genaue Forschungen können hier allmählich Klarheit schaffen. Wie bei der Cholera die Verschiedenheit der Ansichten der localistischen und der contagionistischen Schule wesentlich durch die Verschiedenheit der Forschungsmethode beider bedingt wurde, so haben die Untersuchungen über die Verbreitungsweise der Lepra gleichfalls zu differenten Resultaten geführt, je nach der Richtung, in welcher dieselben unternommen wurden. Gewiss kann die mit grossen Zahlen rechnende und weite Länderstrecken umspannende Forschungsmethode der Engländer (ctr. Report of the Leprosy Comission in India 1893) uns den besten Aufschluss geben über die geographischen, ethnographischen und hygieinischen Verhältnisse, unter denen die Lepra am üppigsten gedeiht, nie aber wird sie uns lehren, auf welchem Wege der Leprabacillus in den Körper des Erkrankenden gelangt, woher er stammt und wo er sich entwickelt hat. Hier kann nur das Experiment Licht bringen, oder, wo ein solches nicht möglich ist, die sorgfältige Beobachtung der Einzelfälle, in

*) Da die hier referirte Arbeit des Herrn Lohk in extenso erst nach geraumer Zeit wird erscheinen können, die Resultate derselben aber schon jetzt alles Interesse verdienen, so haben wir den vorstehenden Vortrag extra ordinem zum Abdruck gebracht. D. Red.

denen die Natur sozusagen selbst ihre Experimente ausführt. Forschungen an Ort und Stelle und genaues Eingehen auf die anamnestischen Verhältnisse des Einzelfalles sind hierzu nothwendig.

Aus diesem Grunde hatte der Vortragende als Preisarbeit in der hiesigen medicinischen Facultät für das verflossene Jahr die Aufgabe gestellt: «Es soll die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel nach ihren ätiologischen Zusammenhängen erforscht werden.» Der stud. med. Lohk hat die Lösung derselben übernommen und die Resultate seiner Untersuchungen wurden nun vom Vortragenden berichtet. Zum Gelingen der Arbeit hat wesentlich der Umstand beigetragen, dass die Oesel'sche Bevölkerung sehr wohl mit der Lepra bekannt ist und die vorgeschritteneren Stadien derselben mit unfehlbarer Sicherheit erkennt. Es war daher möglich, aus den Angaben zuverlässiger Bewohner des inficirten Landstrichs eine grosse Reihe von Krankheitsfällen zu constatiren, deren Opfer zur Zeit der Untersuchung nicht mehr am Leben waren. Für viele dieser Fälle liess sich eine Bestätigung der Diagnose Lepra auch aus den Kirchenbüchern und den Journalen des Arensburger Stadt-Hospitals erlangen, so dass Herr Lohk wohl die grosse Mehrzahl aller Fälle von Aussatz, die in den letzten 50 Jahren auf Oesel vorgekommen sind, hat feststellen können. Eingeschaltet sei, dass er nur die Westhälfte der Insel durchforscht hat, während von anderer Seite festgestellt worden ist, dass der Osten derselben fast völlig leprafrei ist.

Die Untersuchungsmethode war folgende: mit Unterstützung der örtlichen Pastoren und Gemeindeältesten sowie der Organe der Kreispolizei hat Herr Lohk sein Revier auf's genaueste durchsucht, indem er von Dorf zu Dorf und von Gesinde zu Gesinde zog und alle noch lebenden Aussätzigen genau untersuchte und nach ihren Lebensschicksalen und Lebensverhältnissen befragte. Vor Allem hat er in jedem Falle festzustellen versucht, ob und wann der Kranke mit anderen Aussätzigen in engere oder entferntere Berührung gekommen ist. So hat er im Ganzen 50 noch lebende Lepröse in seinem Untersuchungsbezirk festgestellt, von denen 22 sich gegenwärtig im Leprosorium Nennal befinden; ausserdem hat er zuverlässige anamnestische Angaben über 106 schon verstorbene Aussatzkranke gesammelt. Die geographische Vertheilung dieser Krankheitsfälle ist derart, dass die grosse Mehrzahl derselben auf die Halbinsel Schworbe und das angrenzende Kirchspiel Kielkond entfällt. Aber auch hier findet sich, dass die Erkrankten nicht regellos über das ganze Gebiet zerstreut sind, sondern in einzelnen Dörfern oder Gesinden und oft in einzelnen Familien zusammengehäuft erscheinen: es zeigt sich auf's deutlichste dort das familiäre Auftreten der Lepra oder das Gebundensein derselben an kleine, eng zusammenlebende Menschencomplexe, wie sie in den einzelnen Bauergesinden gegeben sind. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, obgleich gerade diese das hellste Licht auf die Verbreitungsweise der Lepra zu werfen vermögen. Jedenfalls hat Herr Lohk als gesetzmässige Thatsache feststellen können, dass die Aussätzigen vor Ausbruch ihrer Krankheit fast stets in mehr oder weniger enger Berührung mit Leprösen gelebt haben. Mit Zuhilfenahme der Angaben über die schon verstorbenen Kranken hat er in tabellarischer Form ganze Stammbäume von Mutter- und Tochterfällen aufstellen können, aus denen ohne allen Zweifel hervorgeht, dass die Lepra in Oesel sich durch directe Uebertragung von den Kranken auf die Gesunden verbreitet. Nur in seltenen Ausnahmefällen hat er einen Connex der Erkrankten mit anderen Leprafällen nicht feststellen können. Mit Recht kommt daher Lohk zu dem Schluss, dass die Lepra eine contagiöse Krankheit ist.

Unter den von Lohk zusammengestellten Stammbäumen, welche die Propagation der Lepra auf Oesel illustriren, ist namentlich einer sehr lehrreich, weil er bis in die 50-er Jahre zurückreicht, wo eine Aussatzkranke in ein bis dahin völlig leprafreies Gesinde verheirathet wurde. Einige Jahre später finden wir in diesem Gesinde den Mann und drei Kinder sowie eine Dienstmagd leprös. Die letztere dient später auf einem Gut als Feldarbeiterin und wohnt hier mit 7 anderen Arbeitern einen Sommer lang in einem Zimmer. Sämmtliche 7 Arbeiter erkranken späterhin an der Lepra und so geht es fort bis auf die Gegenwart. Im Ganzen lassen sich von dem ersten Fall 28 weitere Tochter- und Enkelfälle u. s. w. ableiten.

Unter den 156 Fällen, die Herr Lohk constatirt hat, finden sich 35, die in den Jahren 1828 bis 1840 unter der Diagnose Lepra im Oesel'schen Landschaftshospital behandelt worden sind. Ueber diese hat Lohk keine anamnestischen Angaben sammeln können. Es bleiben aber 121 Fälle nach (darunter wie schon bemerkt, 50 Lebende), über welche er genauere Thatsachen festgestellt hat; davon seien folgende hervorgehoben:

In einem Fall erkrankt ein Ehegatte, nachdem er eine Lepröse geheirathet hat.

In vier Fällen acquirirt ein Ehegatte die Lepra und darnach später die andere Ehehälfte.

In 2 Fällen acquirirt der Sohn die Lepra in der Fremde, kehrt heim und nach einiger Zeit wird die Mutter leprös.

In 19 Fällen ist angegeben, dass der betreffende Aussätzige vor seiner Erkrankung mit einem tuberös Leprösen das Bett getheilt habe.

In 27 Fällen handelt es sich um Bewohnen eines Zimmers, in dem auch Lepröse logirten, um Krankenpflege bei Leprösen und wiederholte Besuche bei denselben.

Kurzum, in der Mehrzahl der Fälle liess sich constatiren, dass der Erkrankung an der Lepra ein mehr oder weniger enger Umgang mit einem oder einigen Aussätzigen vorhergegangen war. Wenn man nun bedenkt, dass die Aussätzigen im Allgemeinen von den Gesunden gemieden werden, und dass der Umgang mit einem Leprösen bei den Gesunden derselben Gegend nicht zur Regel gehört, sondern zu den seltensten Ausnahmen, so kann man nicht umhin solche Fälle, wo ein Umgang zwischen den Erkrankten stattgefunden hat in ein ätiologisches Abhängigkeitsverhältniss zu bringen und anzunehmen, dass der Kranke auf seinen bis dahin gesunden Genossen die Lepra übertragen.

Dass Schmutz und Elend die Verbreitung der Seuche befördern, kann dabei zu Recht bestehen bleiben, denn die Armuth zwingt die gesunden und Kranken in ein Zimmer und oft in ein Bett zusammen, und dass Unreinlichkeit die Uebertragung und das Haften der Leprabacillen erleichtern muss, liegt auf der Hand.

Die Thatsache, dass die Lepra eine contagiöse Krankheit ist, ist für die Maassregeln, die wir zur Bekämpfung der Seuche zu ergreifen haben, von der allergrössten Bedeutung, denn da wir bis jetzt keine Mittel besitzen, um die schon ausgebrochene Krankheit zu heilen, so bleibt uns nur übrig die Ansteckung der Gesunden dadurch zu verhindern, dass wir die Aussätzigen nach Möglichkeit dem menschlichen Verkehr entziehen. Solches ist in humaner Weise nur möglich durch die Errichtung von Leprosorien, in denen die Leprösen Unterkunft und Pflege finden. Schon das Mittelalter hat sich auf diesem Wege von der Seuche zu befreien gewusst und auch wir kennen kein anderes Mittel.

Der Vortragende sprach zum Schluss die Ansicht aus, dass vermuthlich nicht alle Formen der Lepra gleich ansteckend seien; klinische Erfahrung und anatomische Untersuchungen sprechen dafür, dass die sog. maculöse oder anästhetische Lepra weniger contagiös ist, als die tuberöse und geschwürige Form. Diese letztere ist es, welche vor allen Dingen eine Isolirung in Leprosorien verlangt.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. Juni d. J. 6396 (38 weniger als in d. Vorw.), darunter 387 Typhus — (4 mehr), 771 Syphilis — (38 wen.), 90 Scharlach — (12 wenig.), 41 Diphtherie — (2 mehr), 53 Masern — (1 mehr), und 15 Pockenkranke — (2 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. Juni bis 24. Juni 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
292	254	546	167	69	73	7	5	12	46	46	47	26	27	15	4	2,

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 11, Scharlach 11, Diphtherie 7, Croup 3, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 6, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 55, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 14, Krankheiten der Verdauungsorgane 142, Todtgeborene 27.

Довв. ценз. Спб. 1 Іюля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, 8. (20.) Juli **1895**

Inhalt: Dr. H. Thomson: Zur Frage des «Anastomosis-Button» von Dr. Murphy. — Dr. med. Alfred Högerstedt Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — Referate: H. Schurz: Ueber mechanische Behandlung der Hautwassersucht. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Марія Ределинъ: Домъ и Хозяйство. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.

Klinische Mittheilungen

Von

Dr. H. Thomson.

Zur Frage des «Anastomosis-Button» von Dr. Murphy.

Der Murphy'sche Knopf ist zur Wiederherstellung der Continuität im Darm, bei Cholecystenterostomie und Gastroenterostomie, von amerikanischen Chirurgen (Murphy[1]), Meyer[2]) u. A.) in vielen Fällen mit ausgezeichnetem Erfolge verwandt und mit grossem Enthusiasmus weiter empfohlen worden. Fast ablehnend hat man sich dieser Entdeckung gegenüber auf dem Continente verhalten (Zielewicz[3]), König[4]) u. A.) Einen genaueren Bericht über dieses Verfahren nebst experimentellen Beiträgen zur Frage des Murphy'schen Darmknopfes finden wir in der soeben erschienenen Arbeit aus der Heidelberger chirurgischen Klinik von Marwedel[5]). Auf die Initiative meines verehrten Chefs, Dr. Fricker, Oberarzt des Evangelischen Hospitals, hatte ich diese Methode bei einer Cholecystenterostomie mit gutem Erfolge angewandt, worüber ich in einer früheren Arbeit[6]) berichtete. In Folge der controversen Beurtheilung dieser wichtigen Frage und der noch spärlichen Casuistik stehe ich nicht an noch einen Fall mitzutheilen, in welchem ich den Murphy'schen Knopf als Ersatz der circulären Darmnaht nach einer Darmresection implantirte. Der Heilungsvorgang am Darme war günstig. Dieser Fall ist umso interessanter als die Section — der Tod war durch eine intercurrirende Pneumonie eingetreten — einen Einblick in den Heilungsvorgang gestattet.

[1]) New-York med. record. Dec. 10 — 1892 u. 1894. Mai 26, Juni 2 u. 9.

[2]) Centralbl. f. Chir. № 27. 1894.

[3]) Ibid. № 43. 1894.

[4]) Ibid. № 4. 1895.

[5]) Beiträge zur klinischen Chirurgie S. 605. Bd. 13.

[6]) Süd-Russische Medicinische Wochenschrift № 1 u. 2. 1895.

M. W., 41 Jahre alt, Griechin, ist vor 6 Tagen plötzlich erkrankt mit Schmerzen in einem Unterleibsbruch, den sie viele Jahre ohne Bandage und ohne dass der Bruch sich zurückbringen liess, herumtrug. Bald stellte sich Erbrechen ein, welches in den letzten 3 Tagen kothartig wurde. Stuhlgang ist seit der Erkrankung nicht erfolgt, Darmgase sind nicht abgegangen.

Pat. ist von mittlerer Ernährung, ziemlich starkem Körperbau, macht einen collabirten Eindruck. Puls zwischen 110—120, klein; Erbrechen fäculent riechender Massen. Herz gesund, an den Lungen vorne nichts Abnormes. Der Leib ist mässig aufgetrieben, nicht empfindlich. Auf der linken Seite eine hühnereigrosse, ziemlich weich sich anfühlende irreponible Schenkelhernie; die Haut darüber etwas geröthet. Operation (Aethernarkose) 14. Februar: Bruchschnitt, Bruchwasser dunkel verfärbt, in der sehr engen Bruchpforte ist eine Dünndarmschlinge eingeklemmt, die dunkel verfärbt erscheint. Nach Erweiterung der Bruchpforte und Hervorziehen der Darmschlinge findet man, dass an der Schnürfurche das eine Darmlumen in $^2/_3$ des Umfanges eröffnet ist. Resection eines 15 Ctm. langen Darmstückes im Gesunden. Anlegung des Murphy'schen Knopfes und einiger sero-seröser Suturen, an einer Stelle, wo die Vereinigung nicht genug sicher erschien. Obgleich augenscheinlich vollständig im Gesunden resecirt war, so hinterliessen die Finger beim Aneinanderdrücken der beiden Knopfhälften deutliche Druckspuren in Form von Blutunterlaufungen. Um die resecirte Darmpartie mit dem Murphy'schen Knopf in die Bauchhöhle zurückbringen zu können, musste die Bruchpforte noch erweitert werden; Tamponade der Bruchpforte.

Der Zustand der Kranken nach der Operation war ein ziemlich guter; das Erbrechen sistirte, geringe Schmerzen im Leibe (Opium, Eis). 15.—16. Februar. Subjectives Befinden ist gut, Puls 110, Patient nimmt Flüssigkeiten zu sich. 17.—19. Februar. Es gehen ziemlich viel Darmgase ab, der Leib ist flach und unempfindlich; starker Durst. Pat. erhält Flüssigkeiten und auch Nährklystiere. 20. Februar. Pat. klagt über Schmerzen in der Gegend der linken Parotis, welche ziemlich stark angeschwollen ist; T° 39°, war bis jetzt normal. 22. Februar. Auch die rechte Parotis ist angeschwollen, Leib flach, Winde gehen ab, flüssige Nahrung wird gern genommen, Bruchpforte geschlossen, Wunde rein. 24.—25. Februar. T° am Morgen zwischen 38°—39°, am Abend bis 40°. Puls um 120, auf dem Rücken an den unteren Lungenpartien überall Bronchialathmen, Husten mässig. Respiration beschleunigt (Expectorantien Kompresse). Der Leib etwas aufgetrieben, unempfindlich, nach einem Klystier Stuhlgang in geringer Menge, subjectives Befinden gut. 26.—27. Februar. Im Allgemeinen dasselbe, Schwächegefühl, die Schwellungen der Parotis beiderseit

zurückgegangen. 27. Februar. T° am Abend 40,5°, Puls bis 140. 28. Februar. Am Morgen ward zusammen mit dem Stuhlgang der Murphy'sche Knopf ausgestossen, Schwäche, Athembeschwerden, T° um 39°, Puls 130, im Uebrigen keine Veränderung (Excitantien). 1. März. Zustand derselbe, um ½12 Collaps und Tod. — Die Section ergab folgende uns hier interessirende Befunde. Obducent Dr. Kaefer: In der linken Leistengegend eine 10 Ctm. lange zur Hälfte primär geheilte Wunde, geringe Granulationsentwickelung, in der Umgebung keinerlei Infiltrationen. Die Peritonealseite der Wunde ist vollkommen geschlossen durch frische Verklebungen. Peritoneum viscerale und parietale spiegelnd. Magen ziemlich stark aufgetrieben, gleichfalls in stärkerem Grade der Blinddarm Die übrigen Abschnitte des Darmkanales erscheinen zum Theil ganz leer, zum Theil in ganz geringem Grade gebläht. Eine Dünndarmschlinge ist gegen die linke Darmbeingrube verzogen, hier ist sie in leichtem Grade mit den benachbarten Schlingen und der Bauchwand verklebt. Die Serosa dieser Schlinge erscheint stärker injicirt, jedoch ohne Trübung. Die Schlinge selbst ist an einer Stelle geknickt und der Knickungswinkel ist mit der benachbarten Dünndarmschlinge fester verwachsen. Entsprechend dem Knickungswinkel sind die einander zugekehrten Dünndarmflächen in der Ausdehnung von 1,5 Ctm. fest verklebt. Hier finden sich kleinere fibrinöse Beläge. Nach Eröffnung der Schlinge zeigt sich eine feine circuläre ganz lineare Narbe. Vor derselben, am zuführenden Schenkel, findet sich eine leichte sackförmige Ausbuchtung des Darmes mit vollkommener Integrität der Darmwand. Ca. 1 Ctm. von der Resectionsstelle ist eine linsengrosse Perforation. Diese war aber an der Serosaseite durch Verklebung mit einer Darmschlinge geschlossen. Der Kanal durchbohrt in schräger Richtung die Darmwand. Umfang des Darmes an der Resectionsstelle 7,5 Ctm., nicht weniger wie an anderen Stellen derselben Schlinge. Sonst in der Nähe weder Eiter noch Zeichen einer frischen Peritonitis. Die Durchgängigkeit des Darmrohres trotz Knickung vollkommen. — Linke Lunge: Oberlappen blutleer, im Uebrigen normal; der Unterlappen in der ganzen Ausdehnung nahezu luftleer, die Schnittfläche ist übersäet von zahlreichen bis über linsengrossen z. Th. confluirenden weissgelben Knötchen, welche sämmtlich die Schnittfläche etwas überragen. An vielen Stellen sieht man deutlich in der Mitte dieser Knötchen die Mündungen feinster Bronchen, hier und da auch deutliche kleinste Eiterpunkte, nur im oberen Theil ist der Unterlappen noch mässig lufthaltig. Rechte Lunge: der ganze Oberlappen lufthaltig, nicht oedematös. Der Unterlappen erscheint derber, von vermehrtem Blutgehalt und ungleichmässiger Oberfläche. Die Schnittfläche bietet den gleichen Befund wie links. nur zeigt sich eine grössere Tendenz zur Confluenz und das Gewebe ist entschieden blutreicher. — Pneumonia lobi inferioris utriusque partim recens, partim obsoleta. — Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden.

Dr. Diatroptow, Leiter der hiesigen bacteriologischen Station, hatte die Liebenswürdigkeit eine genaue bacteriologische Untersuchung vorzunehmen. Dieselbe ergab bei Proben aus der Leber, Milz und Herzblut ein vollständig negatives Resultat, aus dem unteren Lungenlappen aber reine Culturen von Influenzabacillen. — Wie wir sehen, war die Todesursache eine Pneumonie, hervorgerufen durch eine Influenzainfection, — es herrschte zur Zeit hier eine sehr ausgebreitete Influenzaepidemie —, welche auch die Parotitis bedingte. Der kleine, nicht penetrirende fistulöse Gang in der Nähe der Resectionslinie dürfte wohl den Druckspuren am Darm am ehesten entsprechen, welche an dem vielleicht nicht ganz normalen Darm eine Necrose hinterliessen. Ich würde daher nächstens noch weiter in sicher gesundem Gewebe reseciren, wo auch ein Fingerdruck durchaus ohne Folgen bleibt. Die Vereinigung der Darmenden war sonst eine ideale, Adhäsionen an den serösen Flächen kommen wohl fast immer nach einer Darmresection zu Stande. Gase passirten vom 3. Tage an den Darm, Kothentleerung trat zuerst am 11. Tage ein und der Knopf wurde ohne Beschwerden am 14. Tage ausgestossen. Die Application des Murphy'schen Knopfes ging schnell und glatt von Statten und glaube ich nicht, dass die Pat. den Eingriff bei längerer Dauer so gut überstanden hätte. Aus Thierexperimenten habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die Grundbedingung guter Erfolge ein vollkommen exact gearbeiteter Knopf ist. Wir verwenden nur amerikanische Instrumente, hier am Ort gemachte Murphy'sche Knöpfe erwiesen sich als untauglich. Nur eine grössere Reihe von Erfahrungen kann in dieser praktisch so wichtigen Frage das entscheidende Wort reden. — Jedenfalls kann man aber schon jetzt behaupten, und darin stimme ich mit Marwedel (l. c.) überein, dass der Murphy'sche Anastomosis-Button mit Nutzen verwandt werden soll an Stelle der immer zeitraubenden Naht in Fällen, wo die Operation schnell zu Ende geführt werden muss

---

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. *)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Fall X.

Die 33-jährige Kranke hatte von ihrem 18. Lebensjahre an alle Sommer in einer Ziegelei schwere Arbeit zu leisten gehabt. Dabei waren in den letzten Jahren Herzklopfen, Athemnoth, Druck im Epigastrium und Schwellen der Füsse aufgetreten. Vor einem Jahre wegen Zunahme des Oedems längeres Krankenlager. Seitdem stärkere Athemnoth und Herzklopfen selbst nach geringen Körperbewegungen. — Bei der Aufnahme beträchtliche Dyspnoe mit Erstickungsanfällen, starke Cyanose und Oedem der unteren Körperhälfte. Geringer Ascites. Beiderseits mässiger Hydrothorax und Stauungsrasseln. Enorm vergrösserte Leber. Stauungsharn. Brustkorb exquisit fassförmig. Lungen stark emphysematös. Herzdämpfung trotzdem 2½ Querf. über den rechten Sternalrand und 4 Querf. über die linke Mammillarlinie. Auf den oberen Brustbeinabschnitten deutliche, den rechten Sternalrand überragende Dämpfung Starke Pulsation des 2. Querf. über den Jugularrand vorragenden Aortenbogens und der deutlich palpirbaren, erweiterten Arteria anonyma. Herzspitzenstoss im 6. IR. verstärkt. Hier hörte man in beiden Körperhaltungen ein lautes, rauhes systolisches Geräusch ohne Ton. Längs dem Brustbein zwei Geräusche, ein kurzes systolisches und ein langes diastolisches, beide mit typischer Ausbreitung. Töne des rechten Herzens rein. Accent auf dem zweiten Pulmonalton. Arterien erweitert, der Palpation nach nicht sclerotisch. Pulsus celer. Arterientönen.

Während der 8-wöchentlichen Beobachtung unter Verringerung der Dyspnoe und Cyanose allmähliches Weichen der Stauungserscheinungen. Steigerung der Diurese. Bedeutende Verkleinerung der Herzdämpfung, welche schliesslich nur ½ Querf. über den rechten Sternalrand und 2 Querf. über die linke Mammillarlinie reichte. Das Geräusch an der Herzspitze wurde immer kürzer und leiser und war zum Schluss beim Stehen überhaupt nicht mehr nachweisbar. Dementsprechend wurde der erste Ton an der Spitze hörbar und immer lauter, der Accent auf dem zweiten Pulmonalton dagegen immer leiser. Aber erst gegen Ende der Beobachtung waren alle Stauungserscheinungen geschwunden. Leber normaler Grösse. Cyanose nicht mehr nachweisbar.

Entscheidend für das Verständniss der Pathogenese dieses Falles ist die Thatsache, dass die Aorteninsufficienz von der Kranken viele Jahre hindurch ohne nennenswerthe Beschwerden ertragen werden konnte, und dass die Compensation trotz Jahr aus Jahr ein wiedergekehrter andauernder und übermässiger Muskelarbeit erst zwei Jahre vor dem Eintritt in unsere Behandlung hinfällig wurde. Wir haben in der Beziehung das weibliche Pendant zu jenem mit dem gleichen Klappenfehler behafteten Maurer Fraenzels vor uns, der, trotzdem er grosse Mengen von Ziegelsteinen viele Stock hoch auf einer schmalen Leiter hinaufzutragen hatte, keine Compensationsstörung erlitt. Das relative Wohlbefinden unserer Kranken war aber alle jene Jahre hindurch nur trügerischer Art. Denn die Aorteninsufficienz und die anstrengende Körperarbeit hatten eine Summe coordinirter, vorzüglich gegen das arterielle System des grossen Kreislaufs gerichteter und unablässig fortgeschrittener Schädigungen verursacht, deren Wirkungen sich kundgaben.

*) Cf. diese Wochenschrift № 1, 4, 7, 11, 16, 20 und 24.

1) in der Entwickelung des «Pressionsthorax», 2) in dem vorzeitigen Auftreten von Arteriosclerose und 3) in der Entstehung der als diffuses Aneurysma imponirenden Ausbuchtung der Aorta ascendens, des Arcus und des Truncus anonymus.

Die Erfahrung zeigt, dass die Bildung des arteriosclerotischen Dilatationsaneurysma gewöhnlich dann eintritt, wenn durch stärkere körperliche Anstrengungen oder durch schwere Gemüthsbewegungen eine vorübergehende, erhebliche Steigerung des Blutdrucks hervorgerufen wird. Durch Versuche an Gummischläuchen, ebenso wie durch Versuche an freipräparirten Arterien konnte Thoma nachweisen, dass eine circumscripte Erweiterung eines elastischen Rohres, zu deren Erzeugung ein höherer Blutdruck unbedingt erforderlich war, dauernd bestehen bleibt, auch wenn der Blutdruck auf seine normale Höhe wieder absinkt. In der Ansicht, dass die meisten arteriosclerotischen Dilatationsaneurysmen durch solche vorübergehende Steigerungen des arteriellen Blutdrucks entstehen, wird man nur bestärkt, wenn man bemerkt, dass die grosse Mehrzahl der Aneurysmen sich gerade in jenen Theilen der arteriellen Bahn entwickeln, in welchen sich die Pulswelle durch besondere Höhe und Kraft auszeichnet, in welchen somit auch die Gipfel der Pulswellen bei jenen vorübergehenden Drucksteigerungen sich besonders hoch erheben. Gerade solche Fälle, wie dieser, mit Betheiligung des Truncus anonymus können auch als klinische Beweismittel für die Herkunft aneurysmatischer Erweiterungen aus wiederholten Blutdrucksteigerungen herangezogen werden. Denn sie führen so recht die Ergebnisse der Wechselbeziehungen vors Auge, die zwischen dem zumeist in Anspruch genommenen musculären Arbeitsgebiet und dem zugehörigen Stromgebiet bestanden haben. Lewaschew's unter Botkin's Leitung an lebenden Thieren vorgenommenen Experimente haben ja bewiesen, dass selbst so kurze, wie 3—5 Minuten täglich andauernde (durch Digitalcompression der Brustaorta hervorgebrachte) Steigerungen des Blutdruckes bei mehrmonatlicher Fortsetzung genügten, um deletäre Wirkungen auf die Elasticität des betroffenen Gefässabschnittes zu entfalten und diesen aneurysmatisch zu erweitern. Diese Experimente sagen aber noch mehr, sie lehren verstehen, warum zu jeder Aorteninsufficienz sich früher oder später eine diffuse cylindrische Erweiterung der oberen Abschnitte der Brustaorta hinzugesellt. Sie ist die nothwendige Folge der starken Druckschwankungen, sie entwickelt sich während des ersten Stadium der Arteriosclerose und kann bei ungünstiger Lebenslage excessive Grade erreichen. Damit ist dem Kliniker die bestimmte Forderung gestellt, in jedem Falle von Aorteninsufficienz die Möglichkeit des Auftretens oder des Vorhandenseins eines Aneurysma der oberen Aortenabschnitte im Auge zu behalten.

Die Herzinsufficienz unserer Kranken war vom linken Ventrikel ausgegangen. Mit zunehmender Einbusse der Entleerungsfähigkeit hatte sich, wie der objective Befund darthat, eine relative Mitralinsufficienz herangebildet, und damit war der Anstoss auch für Verschlechterung der Arbeitsverhältnisse des rechten Ventrikels gegeben. Bis dahin hatte dieser nur eine der Ueberwindung der im kleinen Kreislauf durch das Lungenemphysem geschaffenen Widerstände entsprechende Mehrleistung aufzubringen gehabt. Nun schöpfte aber der linke Ventrikel zu wenig aus dem linken Vorhof, daher stieg der Druck im linken Vorhof, es entstand Lungenschwellung und Lungenstarrheit (Dyspnoe), und der Druck in der Pulmonalarterie nahm zu (Accentuirung des 2. Pulmonaltones). Hätte der rechte Ventrikel dieses neuerwachsene Arbeitspensum fortlaufend zu bewältigen vermocht, so wäre es bei diesen Symptomen geblieben, so dass die Kranke eben in Folge dieser Verschiebung der Blutmasse in den Lungenkreislauf nur an vermehrter Dyspnoe zu leiden gehabt hätte. Aber der rechte Ventrikel wurde auch insufficient und schöpfte, je mehr er seine Entleerungsfähigkeit einbüsste, immer weniger aus seinem Reservoir, dem rechten Vorhof. Darum traten die Zeichen der Stauung im grossen Kreislauf, Hydrops, Leberschwellung, Schwellung der sichtbaren Venen hinzu, und — was noch wichtiger — es kam die Cyanose hinzu, als Zeichen der Geschwindigkeitsabnahme des Stromumlaufes in den Lungen.

Im Laufe der ersten vier Wochen unserer Beobachtung nahm die Dilatation der Herzdämpfung nach links um 2 Querf., nach rechts um 1 Querf. ab. Am linken Ventrikel liess sich im weiteren Verlauf keine Verkleinerung mehr erkennen, rechts hingegen nahm die Ausdehnung der Herzdämpfung später noch um 1 Querf. ab. Die Insufficienzerscheinungen am Herzen gingen also in der gleichen Reihenfolge zurück, in welcher sie entstanden waren. Zunächst erstarkte wieder der linke Ventrikel. Seine Entleerungsfähigkeit nahm zu, er schöpfte wieder besser aus seinem Reservoir. Dass dabei der Druck im linken Vorhof nicht sofort in stärkerem Grade abzusinken begann, und dass die Entlastung des Lungenkreislaufs sich nur allmählich vollziehen konnte, erklärt sich aus dem nur langsam stattgefundenen Abklingen der Ueberdehnung des Mitralostium. Diesem Umstande ist es zuzuschreiben, dass die Regeneration der Elasticitätsverhältnisse des rechten Ventrikels sehr viel mehr Zeit in Anspruch nahm. Obwohl die Stauung im grossen Kreislauf schon sehr bald zu schwinden begonnen hatte, konnte sie als beendet doch erst dann betrachtet werden, nachdem die Leber sich wieder bis zur Norm zurückgebildet hatte. Erst kurz vordem waren ja auch die letzten Spuren der Cyanose geschwunden.

Der Blutdruck betrug während der ersten Beobachtungshälfte im Mittel 112,8 — während der zweiten dagegen nur 105,8. Ein solches Verhalten war, wie wir sehen werden, dadurch bedingt, dass die Steigerung des Arterientonus entsprechend der fortgeschrittenen Decarbonisation des Blutes abgenommen hatte. Schon Traube und Cohnheim haben auf den Zusammenhang beider Erscheinungen hingewiesen.

Die Mittelzahlen des Pulses waren in den beiden Beobachtungsperioden 88,4—96 (dif. 7,6) und 92,3—98,3 (dif. 6).

Leider verfüge ich nur über Sphygmogramme, die aus der letzten Beobachtungsperiode stammen. In der 5. Woche (Curve 111 und 112) waren die Strömungsverhältnisse schon wieder soweit ausgeglichen, dass Vc im Stehen qualitativ nicht zunahm. Immerhin liessen die relativ niedrigen Anstiege der Wellen (Bd 109, Hebelbelastung 20) auch dann noch und ebenso auch in der sechsten Woche (Curven 113 und 114) noch (Bd 90, Hebelbelastung 25) den Einfluss der Mitralinsufficienz erkennen. Allen diesen Curven ist der in stärkeren Elasticitätsschwankungen zum Ausdruck gekommene erhöhte Spannungsgrad der Arterienwand eigen (Gipfelabplattung!). An allen Curven ist aber ausserdem noch eine auffallend kräftige Ausprägung der Rückstosselevation bemerkbar. Diese Charaktere finden sich auch in den am letzten Beobachtungstage aufgenommenen Curven 118 und 119 wieder. Nur hatte Vc qualitativ bedeutend zugenommen, obgleich die Belastung des Sphygmographen nicht verändert worden war (Bd 115). Das und der steiler gewordene Wellenabfall lassen sich mit vollem Rechte auf die Abnahme der Mitralinsufficienz zurückführen. Die Ausprägung der Rückstosselevationen war noch auffallender geworden, dagegen hatten die Elasticitätselevationen an der Schärfe ihrer Zeichnung eingebüsst. Man hat (ich folge hier der Ausführung Landois) aus dem Umstande, dass bei Insufficienz der Aortenklappen die Rückstosselevation nicht wegfällt, sondern zuweilen, wie auch diese Curven lehren, sogar deutlich ausgeprägt sein kann, schliessen wollen, dass sie überhaupt gar nicht einem Rückstosse von den Aortenklappen ihren Ursprung ver-

danke. Das ist indessen ein verfehlter Schluss. Denn gesetzt auch, die Klappen seien in hohem Grade zerstört, so kann natürlich immerhin noch, wenn auch in viel unvollkommener Weise, die dem Aortenostium gegenüberliegende Ventrikelwand als Rückstossfläche dienen. Ein geringerer Grad aber wird die Stossfläche der Klappen überhaupt nur wenig verkleinern. Die Rückstosselevation ist um so stärker ausgeprägt, je geringer die Spannung der Arterie und je energischer und kürzer die primäre Pulswelle verläuft. Da aber ausserdem auch zur Ausbildung der Rückstosselevation ein gewisser von der Norm nicht weit abliegender Grad von Elasticität der Arterienwandung erforderlich ist, so könnte für unseren Fall aus dem Vorhandensein der so deutlichen Rückstosselevationen weiter der Schluss gezogen werden, dass die peripheren Arterien zur Zeit der Beobachtung von der Sclerose noch relativ wenig in Mitleidenschaft gezogen waren. Die an diesen Curvenbildern wahrzunehmenden Aenderungen sind also auf folgende 3 Vorgänge zu beziehen, 1) progressive Abnahme der Mitralinsufficienz, 2) progressive Abnahme des Arterientonus, 3) progressive Zunahme der Pulsionshöhe des linken Ventrikels.

Die Respirationsfrequenz verhielt sich während der beiden Beobachtungsperioden im Mittel wie 20,7 zu 18,8.

Das Verhalten des mittleren Blutdrucks vor, in und nach den Bädern während der beiden Zeitabschnitte ist in folgender Tabelle verzeichnet. Hierbei ist zu beachten, dass anfangs auch Bäder von nur 28° R. zur Anwendung gekommen waren, und dass aus diesem Grunde während der ersten Periode im Durchschnitt im Bade geringeres Absinken und nach dem Bade schnelleres Ansteigen des Blutdrucks resultirte.

	vordem	Bad	nach dem Bad	
I. Periode	112,8	83,2	106,1	109,6
II. Periode	105,8	69,6	86,5	102,9
			I ½ hor	II ½ hor

Das Verhalten der Pulsfrequenzen ist aus folgender Tabelle zu ersehen. In beiden Körperhaltungen war das Pulsmittel während der II. Periode in allen Versuchszeiten höher als während der I. Periode. Die Pulsfrequenz nahm im Bade während des I. Zeitraumes im Mittel nur um 2,3 — während des II. Zeitabschnittes dagegen um 15,8 zu.

	vordem	Bad	nach dem Bad	
I. Periode	88,4—96 92,2	94,5	90,8—98 94,4	91,4—98,9 95,2
II. Periode	95,7—98.3 97	112,8	97,3-105,3 101,3	91,7-101,1 96,4
			I ½ hor	II ½ hor

Bei der in der sechsten Beobachtungswoche erfolgten Untersuchung war Bd im Bade von 90 auf 58 gesunken. Vc hatte an Höhe beträchtlich zugenommen (Curve 115), und die Arterienspannung hatte abgenommen (Tiefstand der Rückstoss- und Mangel von Elasticitätselevationen) 15′ nach dem Bade hatte sich Bd auf 84 erhoben. Vc war im Liegen (Curve 116) beinahe zur früheren Höhe zurückgekehrt. Die Arterienspannung war zwar ein wenig gestiegen (Hinaufrücken der Rückstosswelle), sie war aber immer noch sehr gering (Fehlen von Elasticitätswellen). Im Stehen (Curve 117) war Vc dagegen und im Gegensatz zum Verhalten vor dem Bade viel höher und die Rückstosselevation war am absteigenden Wellenschenkel wieder hinabgerückt. Bei der letzten Untersuchung ist Vc von vornherein höher, der Arterientonus geringer. Dem entsprechend steigt Vc im Bade in dem Grade, dass die Hebelbelastung um 20 gesteigert werden musste, um die Nadelausschläge innerhalb der gegebenen Grenzen zu halten. Daher ist das Bild (Curve 120) entsprechend der höheren Belastung verändert. Bd war im Bade von 115 auf 64 gefallen, 20′ nach dem Bade ist Bd im Liegen auf 92 gestiegen. Vc hat an Höhe auffallend stark abgenommen (Curve 121). Die Arterienspannung ist zwar angestiegen, sie ist aber noch gering. Das Auftreten der abgestumpften Gipfel in dieser Curve wird im Zusammenhang mit den Pulsverhältnissen des folgenden Falles besprochen werden. Im Stehen ist Vc (Curve 122) wieder um Vieles höher als im Liegen (Aehnlichkeit mit Curve 117). 45′ nach dem Bade ist Bd im Liegen auf 103 angestiegen. Die Curven 123 und 124 sind den vor dem Bade aufgenommenen Sphygmogrammen wieder sehr ähnlich geworden. Die Arterienspannung scheint wieder den alten Stand erreicht zu haben, Vc ist aber noch weit hinter der anfänglich verzeichneten Höhe zurückgeblieben. — Diese Curven lehren also in unfehlbarer Weise, dass die Strömungsverhältnisse trotz der anscheinend günstigen Lage, in der sich die Kranke gegen Ende der Beobachtung befand, noch keineswegs normal waren. Denn wir haben aus den Badwirkungen ersehen, dass es nur eines solchen Agens bedürfte, um auch dann noch, als die sogenannte Compensation anscheinend in vollem Maasse erreicht war, den anormalen Widerstand manifest zu machen, der von Seiten des Venenstromes des grossen Kreislaufs immer noch drohte.

Die Durchschnittswerthe der Respirationsfrequenzen sind aus nachstehender Tabelle zu ersehen. Die Frequenz stieg im Bade und war zu Ende der Versuchszeiten im Mittel höher als zu Anfang. Sie stieg im Bade relativ stärker während der II. Periode. Sie sank nach dem Bade relativ langsamer und erhielt sich zu Ende der Beobachtungszeiten auf einem relativ höheren Mittel während der I. Periode.

	vordem	Bad	nach dem Bad	
I. Periode	19.6	22,4	22,3	21,4
II. Periode	18,8	22,3	21,3	19,3
			II ½ hor	II ½ hor

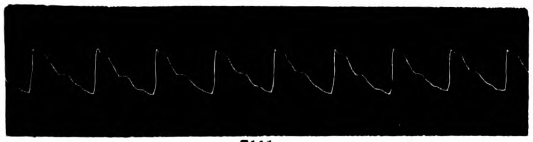
Folgerungen.

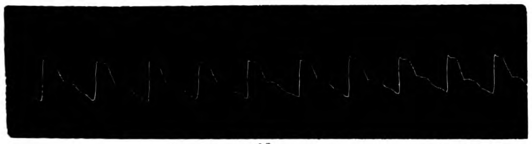
1) Eine gewöhnliche Folge jeder Aortenklappeninsufficienz ist die physikalisch meist nachweisbare diffuse Erweiterung der oberen Aortaabschnitte. Diese in Folge der extremen Druckschwankungen schon ohnedem auf ihre Elasticität stark in Anspruch genommenen Gefässgebiete werden, wenn auch noch anstrengende Körperarbeit verrichtet wird, gewöhnlich circumscript aneurysmatisch, und zwar um so gewisser und um so stärker, je länger die Compensationsstörung ausbleibt.

2) Das Hinzutreten einer relativen Mitralinsufficienz zu einer bereits vorhandenen Schlussunfähigkeit der Aortenklappen ist für die In- und Extensität der Compensationsstörung von entscheidender Bedeutung Denn kommt es, wie im besprochenen Falle, auch zur Insufficienz des rechten Ventrikels, so ist die höchste Gefahr im Anzuge.

3) Die warmen Bäder entfalteten selbst dann noch, als den klinischen Merkmalen nach die Compensation fast vollständig wieder erreicht zu sein schien, auf den Venenstrom des grossen Kreislaufes eine der Besserung direct entgegenstrebende Nachwirkung. Weil dadurch die Arbeit des Herzens zeitweilig in unerwünschter Weise vermehrt wurde, so müssen die an dieser Kranken un-

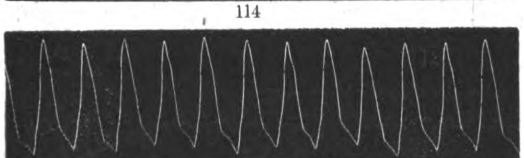
29 Curves 111-130

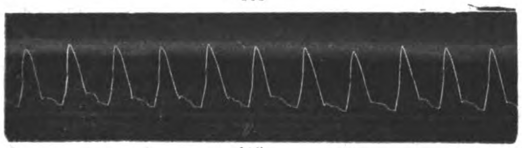

111


112

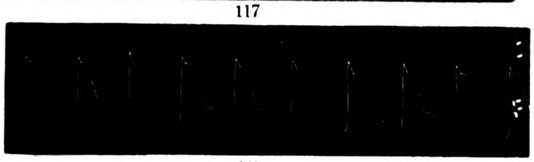

113

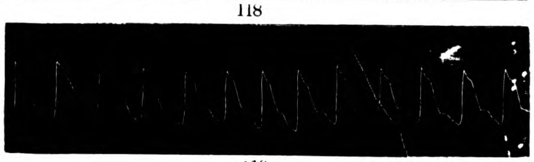

114

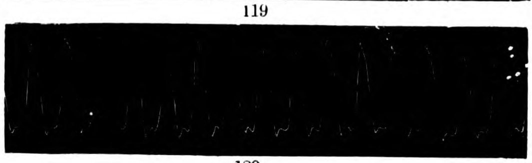

115

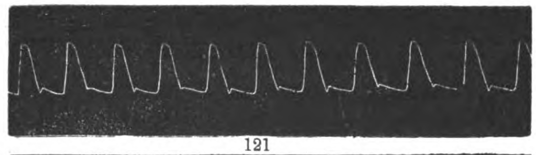

116

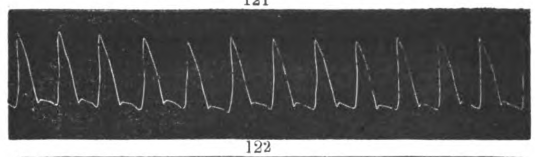

117

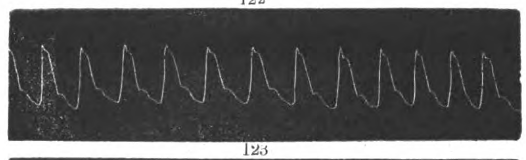

118


119

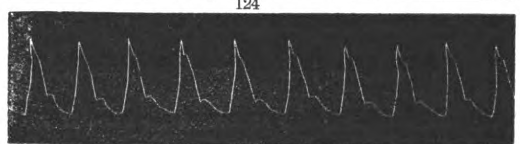

120

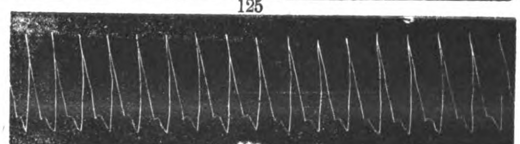

121

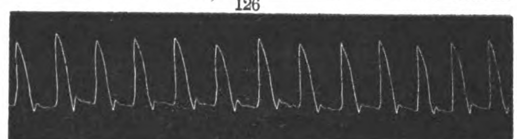

122

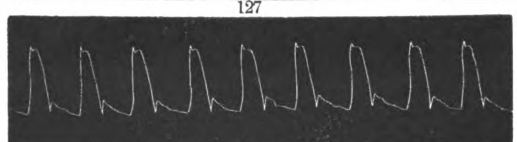

123

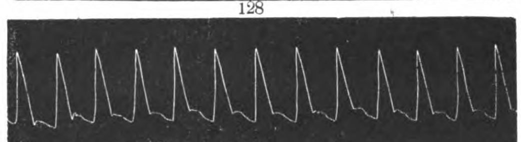

124

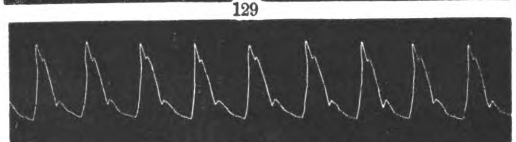

125

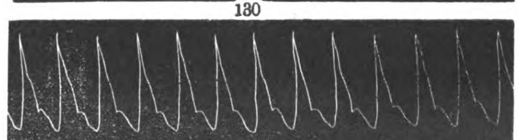

126


127


128


129


130


130

ternommenen Badexperimente für um so schädlicher gelten, als jede solche offenbar übermässige Anstrengung des linken Ventrikels die Rückbildung der aus gleicher Ursache entstandenen Mitralinsufficienz nur verzögerte.

Fall XI.

Die 45-jährige Kranke, Wäscherin, wusste über die Entwickelung ihrer Krankheit Nichts anzugeben. Sie hatte 9 Mal geboren, davon die ersten beiden Male abortirt. Die lebend geborenen Kinder waren alle in früher Jugend gestorben. Anzeichen von Syphilis liessen sich nicht nachweisen. — Keine Spur von Cyanose und Oedem. Mässige Erweiterung des Brustkorbes im sagittalen Durchmesser. Lungenemphysem mittleren Grades. Herzdämpfung 1 Querf. über den rechten Sternalrand und 3 Querf. über die linke Mammillarlinie. Spitzenraum im 6. IR. Hier hörte man in beiden Körperhaltungen neben dem ersten Ton ein kurzes systolisches Geräusch. Ausserdem über dem ganzen Brustbein zwei Geräusche, ein kurzes systolisches und ein langes diastolisches, mit typischer Ausbreitung. Aortenklappenton nicht hörbar. Töne des rechten Herzens rein. Leichter Accent auf dem zweiten Pulmonalton. Arteriosclerose mittleren Grades. Ungewöhnlich starke Pulsation aller sichtbaren Arterien. Ausgesprochener pulsus celer. Arterientönen. Capillarpuls. Leber und Milz wenig vergrössert. Urin Albuminfrei. Während der einwöchentlichen Beobachtung objectiv keine Aenderung. Allgemeinbefinden gut.

Die Frage, ob hier primär eine endocarditische Schädigung (Lues?) der Aortenklappen erfolgt war, oder ob erst secundär eine Betheiligung des Klappenapparates am arteriosclerotischen Processe stattgefunden hatte, liess sich mit Sicherheit nicht entscheiden. Die ausserdem vorhandene Mitralinsufficienz war nur geringen Grades. Dafür sprachen das kurze, nur auf die Herzspitze beschränkte Geräusch und die schwache Accentuirung des zweiten Pulmonaltons. Letzterer Umstand war um so auffallender, als ein gewisser Grad von Lungenemphysem vorhanden war, und andrerseits die Arbeit des rechten Ventrikels — wie der Mangel von Cyanose und Oedeme bewies — trotz der Erweiterung der Herzdämpfung über den rechten Sternalrand hinaus den bestehenden Anforderungen bei günstigen Bedingungen genügte. Der Verlauf war zu gleichmässig, und die Beobachtungsdauer nicht lang genug um sich darüber, ob die Mitralinsufficienz gleichfalls aus anatomischer Umwandlung der Mitralsegel oder nur aus einer Ueberdehnung des Ostium entstanden war, ein bestimmtes Urtheil bilden zu können.

Der Blutdruck betrug im Mittel 110,2.

Zwischen den Pulsfrequenzen bei liegender und bei stehender Haltung erwiesen sich auffallend grosse Differenzen, im Mittel 29,2. Die beim Liegen erhaltenen Pulszahlen schwankten zwischen 78 und 90 (im Mittel = 83,2) bewegten sich also im Allgemeinen nur wenig über der Norm. Dagegen hielt sich das Pulsmittel bei stehender Körperhaltung 112,4 beträchtlich über der Norm.

Die vor dem Bade im Liegen aufgenommene Curve 125 ist in allen Einzelheiten der Curve 118 (Fall X) so ähnlich, dass eine eingehende Besprechung nur auf Wiederholungen hinauslaufen würde. Bd war 107, P 90. Beim Uebergang zu stehender Haltung (Curve 126) treffen wir dagegen auf wesentliche Abweichungen. Während dort (Fall X) vor dem Bade die Höhe von Vc beim Stehen wie gewöhnlich abnahm (Curve 119), erfolgte hier eine so bedeutende Zunahme, dass der Wellenanstieg nahezu anderthalb Mal grösser als bei liegender Körperhaltung erscheint. Die Elasticitätselevationen sind geschwunden, die Arterienspannung hat abgenommen. P ist auf 1;2 gestiegen. Auch in qualitativer Beziehung war also beim Uebergang zur stehenden Haltung Anwachsen der Herzarbeit erfolgt — ein Symptom, welches die Labilität der bestehenden Compensation in prägnanter Weise darthat. Die Bedeutung einer ausgiebigen Arbeit des rechten Ventrikels für die Begünstigung des Abflusses aus dem Venengebiet des grossen Kreislaufes ist durch von Basch's Studien erwiesen worden. Hier arbeitete der rechte Ventrikel nicht ausgiebig genug. Denn nur bei für ihn günstigen Strömungsbedingungen, wie solche bei liegender Körperhaltung geboten waren, vermochte er seine Aufgabe den Venen des grossen Kreislaufes gegenüber zu erfüllen (Mangel von Oedem) und den Lungenkreislauf genügend zu unterhalten (Mangel von Cyanose). Allein schon der geringen, beim Uebergang zur stehenden Körperhaltung im Venengebiet eintretenden Widerstandsvermehrung gegenüber war seine Schöpfkraft nicht gewachsen. Darum konnte die nicht unbeträchtliche Erweiterung der Herzdämpfung nach rechts nur auf eine Dilatation des rechten Ventrikels — die wahrscheinlich von einer überstandenen ernsteren Compensationsstörung hinterblieben war — bezogen werden. So kurz dauernden Mehransprüchen gegenüber, wie die nur gelegentlich der Versuche erforderten Bewegungen der sonst andauernd im Bett gehaltenen Patientin veranlasst hatten, war zu der Zeit für's Erste der linke Ventrikel gewachsen. Bei längerer Dauer selbst solcher, den engsten Rahmen physiologischer Forderungen nicht überschreitender Circulationsstörungen wären gewiss sehr bald Cyanose und Hydrops aufgetreten. Die vorhandene Compensation war also nur von trügerischer Güte.

Die Respirationsfrequenz war im Mittel 24,6. Sie war also im Allgemeinen erheblich höher als im Falle X. Auch das stimmt mit unserer Annahme.

Der Blutdruck fiel im Bade im Durchschnitt von 110,2 auf 84 — also um 26,8. Während der ersten Stunde nach dem Bade erhob sich Bd im Mittel auf 101,8—110 und 110,1.

Der Puls fiel im Bade von 83,2—112,4 (=97,8) auf 87,6. Nach Beendigung der Bäder fiel P bei liegender Haltung im Laufe der I¼ hor. im Mittel auf 84,0 — während der II¼ hor. auf 80,7 und während der II½ hor. auf 80,9. Im Stehen stieg P dagegen während der gleichen Untersuchungsphasen im Durchschnitt auf 99,0 — 98,0 und 110,7. Das Mittel der Pulsdifferenz vor dem Bade verhält sich zu den Mitteln der Pulsdifferenzen nach dem Bade wie 29,2 : 15,0—17,3—29,8.

Besonders lehrreich und unsere bisher gewonnenen Kenntnisse erweiternd sind die durch das warme Bad hervorgerufenen Aenderungen der Pulscurve. Bd war im Bade von 107 auf 82, und der Puls von 90—112 (= 101) auf 92 gesunken. Vc nahm in dem Maasse zu, dass die Belastung des Schreibhebels wie im Falle X von 25 auf 55 gesteigert werden musste. Die so gewonnene Curve 127 ist der Curve 120 (X) recht ähnlich. Nur der durch die geringere Frequenz und die längere Dauer der Diastole bedingte grössere Abstand und die geringere Höhe der Wellen unterscheiden sie von jener. 15′ nach dem Bade war Bd auf 95 gestiegen. Der Puls war im Liegen auf 80 gefallen, und Vc (Curve 128) ist (bei Hebelbelastung 25) wieder so hoch wie vor dem Bade. An den absteigenden Wellenschenkeln dicht unter den Wellengipfeln ist überall eine stark ausgeprägte Elevation aufgetreten. Dessen ungeachtet ist die Rückstosselevation stärker ausgebildet und am absteigenden Schenkel tiefer gerückt als vor dem Bade. Hinter der Rückstosswelle finden sich noch kleine Elevationen. Wir haben hier also im Wesentlichen gleichen Aenderungen des Pulsbildes, welche wir schon im Falle X 20′ nach dem Bade in der Curve 121 nur in weniger scharfer Ausbildung angetroffen haben. Eine vergleichende Betrachtung ist darum an dieser Stelle geboten. Im Falle X war Bd damals vor dem Bade 115, P im Liegen 96. Im Bade fiel Bd auf 61, und P stieg auf 116. 20′ nach dem Bade stieg Bd. auf 92; P fiel auf 100, war aber noch frequenter, und Vc war niedriger als vorher. In diesem Falle war Bd vor dem Bade 107, P im Liegen 90. Im Bade fiel Bd auf 82; P stieg nur auf 92. 15′ nach dem Bade war Bd auf 95 gestiegen; P war auf 80 gefallen, somit bedeutend weniger frequent als vor dem Bade, und dabei

war Vc so hoch wie vorher. Hieraus folgt, dass 1) in der dem Bade unmittelbar gefolgten Zeit sich die Pulsfrequenz zur Höhe im einen Falle gerade umgekehrt verhielt wie im anderen Falle, und dass 2) während jener Versuchsphase, da noch die durch das Bad bewirkte Herabsetzung der Arterienspannung anhielt, für das Wiederansteigen des Blutdrucks neben einer anderen beiden Fällen gemeinsamen Ursache im einen die vermehrte Pulsfrequenz, im anderen Falle die grössere Pulsionshöhe in Anschlag zu bringen sind. Auf jene andere wahrscheinlich einem jeden warmen Vollbade folgende, ihrer In- und Extensität nach aber sehr variable Ursache des ersten Wiederansteigens des Blutdruckes weisen in beiden Fällen die Abplattungen der Wellengipfel hin. Es handelt sich offenbar um eine reflectorische Erhöhung des Arterientonus, um eine physiologische Reaction der Arterienwand, auf deren sphygmographisch sich kennzeichnendes Auftreten bereits zu wiederholten Malen flüchtig hingewiesen werden konnte. Angesichts der hervorragenden Demonstrabilität der beiden besprochenen Curven erschien es erst an dieser Stelle geboten, auf den fundamentalen zwischen Arterientonus und Arterienspannung bestehenden Unterschied, soweit er an Sphygmogrammen erkennbar ist, aufmerksam zu machen. In allen den Fällen, in welchen beim Vergleich zweier von derselben Arterie stammenden Pulscurven sich gleichsinnige Auf- oder Abwärtsbewegung der sogenannten Elasticitätselevationen und der Rückstosswelle bemerkbar macht, handelt es sich um gleichsinnige Aenderungen des Arterientonus und der Arterienspannung. Wo hingegen, wie in diesen Fällen Rückstosswellen und «Elasticitätselevationen» in zu einander entgegengerichteter Bewegung angetroffen werden, dort handelt es sich auch um zu einander entgegengerichtete Aenderungen der Arterienspannung und des Arterientonus. Es kann also, so paradox das klingen mag, Zustände geben, bei welchen die Arterienspannung auf ein Minimum gesunken ist (Tieferrücken und schärfere Ausprägung der Rückstosswelle), und der Arterientonus doch relativ gesteigert erscheint (Auftreten schärfer ausgebildeter und um absteigenden Wellenschenkel höher hinaufgerückter «Elasticitätselevationen») Das gilt auch umgekehrt. Die sogenannten Elasticitätselevationen stehen also mit anderen Worten vor Allem in Beziehung zum Arterientonus und sind Tonuswellen, die Rückstosselevation dagegen hängt vorzugsweise ab vom Grade der Arterienspannung. — 15′ nach dem Bade ist in diesem Falle die Zunahme von Vc im Stehen (Curve 129) relativ geringer als im Falle X (Curve 122). Die Pulsfrequenz war auf 96 gestiegen, aber noch um 16 niedriger als vor dem Bade. Im Falle X dagegen war P im Stehen während der gleichen Versuchsphase auch weniger frequent als im Bade, aber um 12 Schläge schneller als zu Anfang des Versuchs. Dass übrigens jene nach dem Bade bei liegender Körperhaltung beobachtete, vorübergehende Steigerung des Arterientonus in einer gewissen Abhängigkeit von dem Grade der Arterienspannung stand, lässt sich daraus ersehen, dass in beiden Fällen beim Uebergang zur stehenden Haltung trotz Zunahme von Vc die Tonuselevationen verschwunden waren. — 35′ nach dem Bade waren wie dort (Fall X), so auch hier in sphygmographischer Beziehung die Ausgangsverhältnisse für beide Körperhaltungen so gut wie erreicht. Bd war auf 106 gestiegen; P im Liegen 82. Der Arterientonus hatte ab-, die Arterienspannung hatte zugenommen und ihre frühere Höhe beinahe wiedererreicht (Curve 130). Auch das beim Stehen erhaltene Sphygmogramm 131 war der vor dem Bade aufgenommenen Curve 126 wieder sehr ähnlich geworden. P 92. — 50′ nach dem Bade war Bd auf 109 gestiegen. P 90—116.

Die Respirationsfrequenz stieg im Bade im Mittel von 24,6 auf 25,4 und sank während der I ½ hor. nach dem Bade auf 24,0 — während der II ½ hor. auf 23,9.

Folgerungen.

1) Die Verhältnisse dieses Falles haben gelehrt, dass, obgleich die Pulsfrequenz in liegender Haltung eine normale war, beim Aufstehen ganz regelmässig übernormale Pulsfrequenzen auftraten — ein Symptom, welches durch den Nachweis, dass gleichzeitig die Pulsionshöhe gesteigert war, umso grössere Bedeutung gewann, weil es die ungenügende Leistungsfähigkeit des rechten Ventrikels darthat. Es eignet sich, wie es scheint, die bei liegender Haltung ausgeführte Pulsuntersuchung hauptsächlich für die Prüfung der Pulsionskraft des linken Ventrikels, die Untersuchung des Pulses im Stehen dagegen auch für die Beurtheilung der Schöpfkraft des rechten Ventrikels.

2) Auf die methodische in beiden Körperhaltungen auszuführende Pulsuntersuchung muss um so grösseres Gewicht gelegt werden, als in der Vergleichung dieser Ergebnisse ein zur sicheren und frühzeitigen Diagnose drohender Compensationsstörung vorzügliches Mittel gegeben ist.

3) Obwohl den warmen Vollbädern in der Regel eine nicht unwesentliche Frequenzverminderung des Pulses bei stehender Haltung zu folgen pflegte, so kann von einer günstigen Badwirkung doch nicht die Rede sein, weil die Arbeit des linken Ventrikels unmittelbar gesteigert, die Rückschleuderung des Blutes durch die insufficienten Mitralklappen in den linken Vorhof verstärkt, und die Arbeitsanforderungen an den rechten Ventrikel, wie auch die Zunahme der Respirationsfrequenz beweist, erhöht wurden.

Referate.

H. Schurz: Ueber mechanische Behandlung der Hautwassersucht. (Therap. Monatsh. №№ 1 u. 2. 1895).

Nachdem Verfasser die verschiedenen Methoden der mechanischen Behandlung von Oedemen kurz geschildert und sowohl die Vortheile, als auch die Uebelstände, die den einzelnen Methoden anhaften, hervorgehoben hat, bespricht er das in den letzten Jahren auf der Leichtenstern'schen Klinik angewandte Verfahren der Incision: der Patient wird einige Secunden vor dem Eingriffe mit herabhängenden Beinen in einen Lehnsessel gesetzt, die Füsse und Unterschenkel werden nach chirurgischen Principien gereinigt; erstere ruhen bequem auf einer Fussbank, welche in einer aus gummirter Leinwand angefertigten, bequem eingerichteten Wanne steht.

Eingeschnitten wird an der Aussenseite der Unterschenkel, möglichst tief unten, unterhalb des Malleolus externus, am äusseren Fussrande, oder auch auf dem Fussrücken. Der 3 Ctm. lange Schnitt geht durch die ganze Haut hindurch. An jeder Seite nur eine Incision. Nach Stillung der ganz unbedeutenden Blutung wird die Wunde mit einem sublimatgetränkten Gazebausche bedeckt, darüber ein dünner Watteverband angelegt, welcher zugleich als Polster dient. Zur Vermeidung von Fäulniss des abgelaufenen Serums, giesst man vorher in die Fusswanne etwas Carbollösung. Die Patienten verweilen den ganzen Tag in sitzender Stellung in ihrem Lehnstuhle. Für die Nacht bringt man durch Hebung des Fussstückes die Beine in eine zu der Horizontalen schiefe Ebene, umwickelt die Beine mit einem Gummituche, welches das abfliessende Serum in die Fusswanne leitet. Erweist sich der Lehnsessel als unbequem, so wird der Kranke im Bette gelassen; dieses wird so eingerichtet, dass die unteren Extremitäten tiefer lagern, dass also der Abfluss unbehindert ist und das Serum die Bettwäsche nicht benässt. Es wird das Fussstück des getheilten Matratzenkissens herausgenommen, in der Lücke eine schiefe Ebene construirt, darüber ein Gummituch so ausgebreitet, dass sich das ablaufende Wasser in einer Rinne sammeln muss, welche in ein unter dem Bette stehendes Gefäss führt. — Die Wundverbände werden alle 24 Stunden erneuert. Erweisen sich beim Verbandwechsel die Wundränder verklebt, so soll man sie auseinanderzerren und die Wunde auswaschen. — Verfasser hält die eben angeführte Methode für sehr praktisch, sie ist in allen Fällen brauchbar, selbst da, wo die anderen Methoden im Stiche lassen. So wurden in einem Falle von Morbus Basedowii mit sklerosirter Haut in 24 Stunden mit Troicarts 1½ Liter Serum entleert. Gleich hernach, wegen mangelhafter Wirkung des Troicarts — Incision: in 4×24 Stunden wurden 16 Liter entleert. Was

die Gefahr der Wundinfection anlangt, so ist nach Verfasser bei der Incision die Gefahr eine sehr geringe. Erysipel und Phlegmone hat er nie beobachtet. Bei 12 Patienten mit 15 Mal vorgenommener Incision trat einmal eine ganz geringe Infiltration der Umgebung eines Schnittes ein, doch ging dieselbe ohne Eiterung und ohne Temperatursteigerung zurück. Auch die Schmerzhaftigkeit der Incision ist durchaus nicht stärker, als das Einlegen eines Troicarts; bekanntlich besteht häufig noch lange Zeit, nachdem die Troicarts entfernt sind, Schmerzhaftigkeit der Stichcanäle. Endlich, ist nach Verfasser der Effect bei der Incision ein bedeutend grösserer. Nach vollendeter Operation sieht man fast regelmässig die erwünschte Polyurie auftreten.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Марія Ределинъ: Домъ и Хозяйство. С.-Петербургъ. Изданіе А. Ф. Марксъ.

Im Verlage von Herrn A. Marks ist soeben das Haushaltungs- und Kochbuch von Marie Redelin in russischer Sprache erschienen. Es ist dieses ein dankenswerthes Unternehmen, dem die russischen Hausfrauen und Wirthinnen ihre Anerkennung nicht versagen werden. An Kochbüchern hat es bisher nicht gemangelt, aber ein wirklich gutes und praktisches Haushaltungsbuch, aus dem man sich Rath, nicht nur für Küche und Keller, sondern auch für das erweiterte Gebiet von Haus und Garten holen kann, hat bis jetzt gefehlt. Der erste Theil des Werkes bietet einen beträchtlichen Vorrath von guten Rathschlägen, die sich auf die Hauseinrichtung und Instandhaltung von Vorhandenem beziehen. Alles ist da berücksichtigt, sogar die Pflege der Hausthiere, die Cultur der Zimmerpflanzen und das Bebauen des Gartenlandes. Eingehend wird die Zeiteintheilung im Haushalt, das Führen der Wirthschaftsbücher, das Einkaufen und Aufbewahren von Vorräthen, die Zusammensetzung eines hygienischen Speisezettels, die Krankendiät und sogar die Krankenpflege im Hause besprochen.

Der zweite Theil ist ausschliesslich der Küche gewidmet und bietet die stattliche Anzahl von 1190 Recepten. Ausserdem enthält er noch Anleitungen zum richtigen Zerlegen und Servieren der Speisen.

Wir können dieses Werk empfehlen und wünschen, dass es in der russischen Hausfrauenwelt denselben Anklang finden möge wie bereits in der deutschen.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung d. 5. April 1895.

Dr. Voss demonstrirt vor der Tagesordnung an einem Patienten ein Cholesteatom.

1. Dr. Buchholz hält seinen angekündigten Vortrag: «2 Fälle von tödtlicher Blutung nach Tracheotomie bei Diphtheritis». — Erscheint in d. Petersb. med. Wochenschr.

Dr. Miram wirft die Frage auf, ob nicht vielleicht die Tracheotomia inferior für die Fälle tötlicher Blutung verantwortlich zu machen wäre. Prof. Bergmann z. B. übe aus dieser Erwägung stets die Tracheotomia sup.

Dr. Buchholz bemerkt hierzu, dass in einem seiner angeführten Fälle die Tracheotomie gleich unterhalb des Ringknorpels ausgeführt worden ist und daher in diesem Falle die Erwägungen Dr. Mirams entschieden nicht zutreffen.

Dr. Schmidt glaubt ebenfalls die Methode nicht beschuldigen zu können, da von 100 nach ihr im Krankenhause ausgeführten Fällen nur 2 diese Complication gezeigt haben.

Dr. Krannhals berichtet im Anschluss hieran über einen Fall von Perforation der Aorta durch ein Oesophaguscarcinom, welches an der Stelle, wo es zur Perforation kam, stark nach einer Seite ausgebaucht war, und auf die Adventitia übergewuchert hatte, während die Intima an der Stelle des Loches Necrose zeigte.

Dr. Voss hat eine tödtliche Blutung beobachtet, welche durch Druck einer Canüle nach Tracheotomie bei einem Aortenaneurysma entstand. Die Operation wurde auf ausdrücklichen Wunsch des Pat. vorgenommen und brachte ihm während 3 Wochen Erleichterung. Dann trat durch 2×24 Stunden praemonitorische Blutung und nachdem tödtliche Perforation ein.

Dr. Miram erkundigt sich bei Dr. Schmidt, welchen Erfolg er mit der Serumbehandlung im Krankenhause erziele.

Dr. Schmidt äussert sich mit den bisherigen Erfolgen zufrieden, wenngleich er noch Todesfälle zu beobachten Gelegenheit hatte.

2. Dr. Behr hält seinen angekündigten Vortrag «über die schriftstellerische Thätigkeit im Verlaufe der Paranoia.» (Gedruckt in der Sammlung klin. Vort. von Volkmann.)

d. z. Secretair Dr. Radecki.

Sitzung d. 19. April 1895.

1. Dr. P. Klemm giebt ein Referat über die wichtigsten Verhandlungen des letzten Chirurgencongresses in Berlin.

2. Dr. Hach demonstrirt einige Myome von Kindskopfbis Kirschgrösse, welche er vor einiger Zeit aus einem im II. Monat graviden Uterus enucleirt hat, ohne dass die Gravidität unterbrochen wurde. —

3. Dr. Voss demonstrirt verschiedene Präparate: a) linguae nigrae. b) leptotrix buccalis. c) ein hartes Fibrom der Nase, welches durch seine Grösse Schwierigkeiten bei der Entfernung machte, welche schliesslich von hinten her mit dem Finger gelang. d) Septopolypen. e) ein spitzes Condylom der Nase, dasselbe stammt von einem jungen Mann, der solche gleichzeitig am Penis und die Angewohnheit hatte sich mit dem Finger die Nase zu bohren. f) Aspergillus niger aus dem Ohr, g) einen durch seine Grösse ungewöhnlichen Ohrpolypen. —

Dr. Krannhals fragt Vortragenden in Betreff der Septopolypen, ob nicht die Gravidität auf deren Entstehen von Einfluss wäre. Er selbst hat einen dünngestielten linsengrossen Polypen am Zahnfleisch einer Schwangeren beobachtet, welcher starke Blutungen verursachte, doch leicht entfernt werden konnte. Nach 2 Jahren erneute Schwangerschaft mit Ausbildung der gleichen Geschwulst.

4. Dr. v. Götschel berichtet über einen Blasentumor den er mit Hilfe des Cystoskops diagnosticirt und per sectionem altam entfernt hat. —

Pat. 43 Jahre alt, ist seit c. 4 Jahren krank. Während dieser Zeit will er an Störungen der Urinentleerung und an zeitweiligem, ohne jegliche Veranlassung auftretenden, zuweilen 2—3 Wochen andauerndem, bluthaltigem Urin gelitten haben. Ferner will er stets bei jeder Blutentleerung eine terminale Blutung beobachtet haben. Pat. ist ein anämisches, schlecht genährtes Individuum. Der sauere Urin enthält ausser weissen und rothen Blutkörperchen keine abnormen Bestandtheile. Cystoskopisch lässt sich 1—1½ Finger breit nach rechts vom orificium int. urethrae ein wallnussgrosser mit multiplen feinen, flottirenden Fimbrien besetzter Tumor nachweisen. Der sehr bewegliche Tumor ist mit einem Bleifederdicken Stiele rechterseits an die Blasenwand befestigt. Cystoskopisch bietet der Tumor das Bild eines papilloma fimbriatum nach Thomson dar, was durch die spätere mikroskopische Untersuchung auch bestätigt wurde. Operation keine Schwierigkeiten bietend. Verlauf fieberlos. Am 19. Tage verlässt Pat. das Bett, nach 3½ Wochen Schluss der Wunde. Urin klar.

5. Dr. v. Rimscha demonstrirt einen kleinen Porcellanknopf, welchen er kürzlich aus dem Gehörgang entfernt hat, wo derselbe 13 Jahre ohne Beschwerden zu verursachen, gelegen hatte.

6. Dr. Miram berichtet folgenden Fall: 2-jähriger Knabe verschluckt 2 Zweikopekenstücke welche ohne Beschwerden zu verursachen am 11 Tage auf natürlichem Wege entfernt wurden, nachdem die Kartoffelbreicur, sofort nach dem Verschlucken angewandt, kein Resultat gehabt hatte.

Dr. Bertels berichtet im Anschluss hieran über einen grossen Pflaumenkern, welcher vom Herbst bis Frühjahr im Rectum eines 2-jähr. Kindes gelegen hatte, und schliesslich mit Hilfe eines zangenförmigen Instrumentes entfernt werden musste.

d. z. Secretair Dr. Radecki.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Nach Mittheilung eines amerikanischen Arztes Dr. Mc. Cully sollen Cocaininjectionen 2 Mal wöchentlich in das Parenchym der Hoden im Stande sein mit Vortheil die Castration zu ersetzen, welche in letzter Zeit gegen Prostatahypertrophie vorgeschlagen worden ist. Diese Injectionen werden während zweier Monate fortgesetzt. Unter ihrem Einflusse verkleinert sich die Prostata allmählich. In 2 Fällen trat dauernde Heilung mit Erhaltung der voluptas coeundi, aber mit vollständigem Versiegen der Spermatozoenproduction ein.

(Semaine médicale.)

— Anwendung der Milch für Kreosot-Klysmata. Für Kreosot-Klystiere bedient man sich gewöhnlich einer Emulsion, welche mit Hilfe von Olivenöl und Eigelb hergestellt ist. Diese Emulsion ist aber leicht zersetzlich und auch zu theuer. Dr. Annequin in Grenoble benutzt daher die Milch, als ein ausgezeichnetes Mittel um eine Kreosotemulsion von andauernder Stabilität zu erhalten, welche auch Wasserzusatz in beliebiger Quantität verträgt. Zu dem Behufe werden 30 bis 60 Gramm 5% kreosothaltiger Milch mit gekochtem Wasser gemischt bis man 250 Gramm Flüssigkeit erhält. Durch einfaches Um-

rühren der Mischung erhält man eine milchweisse, vollständig homogene Emulsion. Für die Privatpraxis verschreibt man in dem Verhältniss von 1,0 Gr. Kreosot auf 30.0 Milch; 2 Esslöffel davon auf 1 Klysma enthalten also 1,0 Kreosot; oder man verordnet 43 Tropfen = 1,0 Kreosot auf ¼ Glas Milch, zu mischen und dann ¾ Glas Wasser hinzuzuthun. Nöthigenfalls wird noch T ra opii spl. hinzugesetzt. — Solche Kreosot-Milchklystiere sollen besser als die bisherigen vertragen werden. (Semaine médicale.)

— Behandlung der nervösen Incontinentia urinae mit Velocipedübungen. Während einer Velocipedfahrt macht sich Bedürfniss zu uriniren nur selten geltend und wenn es vor Besteigen des Velocipeds bestanden hat, so verschwindet es gewöhnlich nach einigen Minuten Fahrt. Dieses Factum hat Dr. Collignon veranlasst das Velociped zwei jungen Leuten zu verordnen, welche an einer lästigen nervösen Incontinenz litten. Sie mussten Morgens und Abends lange Fahrten machen. Es gelang so eine rasche und dauernde Heilung zu erzielen. (Semaine méd.)

— Wells und Carré in London haben c. 300 Fälle von Keuchhusten mit Cocain. hydroch. innerlich behandelt. Die Dosen schwankten nach dem Alter der Kinder zwischen 0,001 bei 8 monatl. Kindern und 0,02 bei 5—6 jährigen Kindern. Diese Gaben wurden 3 Mal in 24 Stunden wiederholt. Die Erscheinungen sollen dadurch äusserst günstig beeinflusst werden; Erbrechen und Appetitlosigkeit schwinden, die Anfälle nehmen an Häufigkeit und Intensität ab, der Schlaf bessert sich und die Dauer der Krankheit wird dermassen abgekürzt, dass die Heilung in 3 Wochen, zuweilen selbst in 14 Tagen eintritt. Das Cocain wird im Allgemeinen von den Kindern gut vertragen; als einzige Nebenwirkung tritt zuweilen eine leichte Diarrhoe auf, was aber anbetrachts der Neigung zu Verstopfung, welche bei an Keuchhusten leidenden Kindern beobachtet wird, keinen Nachtheil, sondern eher einen Vortheil des Mittels bilden soll.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Juli d. J. 6227 (169 wenig. als in d. Vorw.), darunter 382 Typhus — (5 wen.), 715 Syphilis — (56 wen.), 74 Scharlach — (16 wenig.), 38 Diphtherie — (3 wenig.), 39 Masern — (14 wenig.), und 12 Pockenkranke — (3 weniger) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. Juni bis 7. Juli 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
328	283	611	190	61	96	9	6	12	45	40	38	40	32	30	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 7, Scharlach 11, Diphtherie 7, Croup 1, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 6, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 167, Todtgeborene 19.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(90) 26—2.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

SCHUTZ-MARKE

Als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet. Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch (83) 10—3

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunnen

FURBACH & STRIEBOLL, Salzbrunn in Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken u. Mineralwasser-Handlungen

Bahnstation Muszyna-Krunica
von Krakau 8 Std.
» Lemberg 12 Std.
» Budapest 12 Std.

Kur-Anstalt

KRYNICA (in Galizien)

reichhaltigster Eisensäuerling.

Post loco drei Mal des Tages
Telegraphenstation
Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder (Im J. 1894 wurden über 40000 erfolgt). Moorbäder mittelst Dampf erwärmt i. J. 1894 erfolgt 16000) Gasbäder aus purer Kohlensäure. **Hydropatische Anstalt** unter der Leitung des Dr. H. Ebers (im J. 1894 wurden über 28000 Proceduren ertheilt). Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Fluss-, Douche- u. Wellenbäder. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopff ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 14 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen u. Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Gesellschafts-Spiele (Croquet, Lawn tennis etc.) Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit completten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. u. gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, Milchnerei, Zuckerbäckereien. Musik-Orchester unter Leitung des A. Wroński seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Photogr. Atelier «Marie» aus Lemberg. Frequenz im J. 1894: 4650 Personen. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte

(73) 6—5 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

Medicinischer Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Medicinischer Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6.

In meinem Verlage sind soeben erschienen:

Archiv für Verdauungkrankheiten mit Einschluss der **Stoffwechselpathologie** und der **Diaetetik.** Herausgegeben von **Dr. J. Boas** in Berlin. — Das «A. f. V.» erscheint etwa alle drei Monate in Heften von 5—8 Druckbogen, lex. 8°, der Preis des Jahrg. beträgt M. 16.—

Studien über Malaria. Von **Prof. Dr. G. Baccelli** in Rom. Autorisirte deutsche Ausgabe. Brosch. M. 2.50.

Therapeutisches Vademecum für praktische Aerzte, und insbesondere für **Bahn- und Kassenärzte.** 700 austaxirte Recepte nebst einer Anleitung zum Berechnen von Recepten. Von **Dr. F. Kaliski.** Gebd. und mit Schreibpapier durchschossen. M. 3.—

Geschichte der jüdischen Aerzte. Ein Beitrag zur Geschichte d. Medicin von **Dr. med. R. Landau.** Broch. M. 3.—, eleg. geb. M. 4.—

Schemata zur Eintragung des Befundes der äusseren und inneren **geburtshilflichen Untersuchung.** Von **Dr. Paul Strassmann.** Broch. M. 1,60

Medicinischer Verlag von S. Karger in Berlin NW. 6.

Verlag von **Ferdinand Enke** in Stuttgart.

Soeben erschien:

Die Wechselbeziehungen

zwischen

internen und gynäkologischen Erkrankungen.

Von **Dr. H. Eisenhart.**

gr. 8. 1895. geh. M. 5. -

(94) 1—1.

Verlag von **F. C. W. VOGEL** in Leipzig.

Soeben erschien:

Grundriss

der

Arzneimittellehre

von

Dr. Oswald Schmiedeberg,

ord. Professor der Pharmakologie u. Director am pharmakol. Institute an der Universität in Strassburg.

Dritte umgearbeitete Auflage.

gr. 8. 1895. Preis 6 Mk., geb. 7 Mk. 25 Pf.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau **Amalie Schulze,** Фонтанка № 137, кв. 119.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü;ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Grosser Prospect № 7, Qu. 6 zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 15. (27.) Juli **1895**

Inhalt: Dr. H. Thomson: III. Vaginale Myomextirpation. — Referate: H. Leloir: Ueber Pyodermitis, Akne und Seborrhoe, influenziöse und parainfluenziöse Ausschläge und deren Begleiterscheinungen. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat. — Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.

Klinische Mittheilungen

Von

Dr. H. Thomson.

III. Vaginale Myomexstirpationen.

Unter folgenden 8 Fällen von vaginalen Myomexstirpationen, welche ich im Laufe etwa eines Jahres auszuführen Gelegenheit hatte, dürfte besonders Fall 7 ein allgemeineres Interesse beanspruchen.

1) M. T., 49 Jahre alt, Russin, verheirathet, Menses sehr reichlich, 8-tägig; seit einem Jahre starker Ausfluss, keine besonderen Schmerzen, Schwächegefühl. Pat. blass, mässig genährt; in der Scheide ein hühnereigrosses polypöses Myom, dessen Stiel von der vorderen Uterusinnenfläche ausgeht: Uterus vergrössert, antevertirt. Abtragung mit der Scheere, Blutung gering, Jodoformgazetamponade. Vom 5. Tage Fieber, empfindlicher Unterleib, Exsudat. 7—8 Wochen fieberhafter Zustand. danach vollständige Heilung.

2) E. K., 33 Jahre alt, Deutsche, 1 mal geboren. Seit einem halben Jahre fast beständige, reichliche Blutungen aus den Genitalien und Schmerzen im Unterleib. — Pat. ist blass, von guter Ernährung, über der Herzspitze systolisches Geräusch, Herzhypertrophie. Aus dem äusseren Muttermund ragt ein gestieltes, etwa hühnereigrosses Myom, Uterus anteflectirt, von normaler Grösse. Abtragung, glatte Genesung.

3) M. F., 43 Jahre alt, Deutsche, hat nicht geboren, verheirathet. Die Menstruation immer reichlich, 8-tägig. Pat. fühlt seit einigen Monaten Schwere im Unterleib und bemerkt einen starken Ausfluss. Gute Ernährung. In der Scheide ein faustgrosser Tumor der mit seinem 2 Finger dicken Stiel von der vorderen Cervixwand entspringt. Uterus retrovertirt, vergrössert. Abtragung mit der Scheere; ungestörte Reconvalescenz.

4) K. S., 50 Jahre alt, Deutsche, hat mehrfach geboren, seit 3 Monaten beständige starke Blutungen und Schmerzen im Kreuz. Blass, corpulenter Körperbau. Thrombosis v. saphenae cruris sin. Uterus antevertirt, vergrössert. Vor dem Muttermund ein birnengrosses Myom, dessen Stiel von vorne herkommt. Entfernung, Heilung.

5) M. B., 45 Jahre alt, Russin, kinderlos; Menses früher 3-wöchentlich, 3-tägig, seit 2 Monaten beständige mässige Blutungen, welche sehr stark in den letzten 3 Tagen auftraten. Pat. hat vor einiger Zeit eine Unterleibsentzündung durchgemacht, aber sich danach gut erholt, jetzt Kreuzschmerzen. Pat. ist ziemlich gut genährt, Uterus vergrössert, antevertirt, nicht beweglich, links anschliessend ein fester Tumor (Exsudat), welcher das Becken ausfüllt. Os uteri ext. erweitert, dahinter im Cervicalkanal eine Geschwulst. Doppelseitige Discission; taubeneigrosses Myom, dessen bleifederdicker Stiel ins Uteruscavum hineinzieht. Abtragung, ungestörter Verlauf, Blutungen sistiren.

6) D. B., 44 Jahre alt, Deutsche, 8 mal geboren, seit 3 Jahren unregelmässige, zu Zeiten continuirliche Blutungen. Pat. etwas blass, von mittlerer Ernährung. Uterus gross, antevertirt; offen, so dass man mit einiger Anstrengung den Zeigefinger ins Uteruscavum einführen kann, wobei man eine submucöse wallnussgrosse Geschwulst findet, die an der linken Uteruskante breit aufsitzt. Stumpfe Dilatation, Incision der Kapsel, Enucleation des Myoms. Tamponade. Glatte vollständige Genesung.

7) A. S., 41 Jahre alt, Polin, bemerkt seit 3 Jahren eine allmälige Zunahme des Leibesumfanges; hat 6 mal geboren; die ersten Menses im 13. Lebensjahre; die Periode ist in den letzten Jahren reichlich, 6—7-tägig, 3—4-wöchentlich, ist aber in den letzten 2 Monaten ganz weggeblieben und es haben sich reichliche eiterartige Ausscheidungen aus der Scheide, Harnbeschwerden, abwechselnd Retention und häufiger Drang, und fast beständige Kreuzschmerzen eingestellt. Schwächegefühl. Pat. ist von ziemlich schlechter Ernährung, blass. Puls klein und frequent. Brustorgane normal. Die Urinblase bis zur Nabelhöhe ausgedehnt; nach Entleerung des trüben Urins mit dem Catheter fühlt man eine gleichmässig feste Geschwulst, welche von der Symphyse bis etwas über den Nabel heraufreicht. Aus der Vulva fliesst eine übelriechende eitrige Flüssigkeit. Nach Auseinandernehmen der Labien sieht man die untere abgerundete, grünlich verfärbte Peripherie eines über kindskopfgrossen Tumors, der die ganze Scheide ausfüllt, nach oben jedoch mit den Fingern nicht zu begrenzen ist. Oedem der Füsse. Während der Beobachtung von einigen Tagen (Secale, Ausspülungen) hat Pat. ziemlich starke Schmerzen, der Tumor im introitus vaginae als auch die obere Grenze der Geschwulst scheint tiefer heruntergetreten zu sein. Urinentleerung ohne Beschwerden, Temp. am Abend über 38°.

6. April. 1. Operation (Aethernarkose): Das im unteren Theil necrotische Fibromyom wird in Stücken, welche zusammen einen Umfang von über Kindskopfgrösse ausmachen, entfernt, zum Theil scharf, zum Theil stumpf, ohne bedeutendere Blutungen. Hierbei lässt sich feststellen, dass die Geschwulst das Uteruscavum ganz ausfüllt, dessen Breite fast den ganzen Unterleib einnimmt. Das Myom entspringt vom Uterus vorn, links und hinten und ebenso von der Cervix, so dass man mit einer Sonde nur an der rechten Uteruskante bis über die Mitte

in die Höhe kommt. Es lässt sich rechts ein niedriger kammartiger Saum in der Gegend der Cervix constatiren, der den Rand des durch die Neubildung gedehnten os uteri ext. darstellt. Es gelingt also die in die Scheide ragende Peripherie und einen Theil der Geschwulst aus der Cervix und dem Uterus auszulösen. Bimanuell findet man noch dicke, den oberen Theil des Uterus ausfüllende Geschwulstmassen. In Folge der schon langen Dauer der Operation wird die Uterushöhle und Vagina mit Jodoformgaze ausgestopft und die Operation geschlossen. Schmerzen (Opium, Eis). 7. April Temp. über 40°, der Leib nicht empfindlich, serös blutiger Ausfluss, Tamponwechsel, geringer Geruch. Sublimatausspülung (1 : 2000). 8. April. In die Scheide ist wiederum eine umfangreiche Partie grünlich verfärbter fetziger Geschwulstmassen vorgerückt. Fundus uteri 2 fingerbreit unter dem Nabel. Unter Narkose 2. Operation: Es wird eine ziemliche Quantität Tumormassen mit einiger Schwierigkeit stückweise entfernt, nirgends, wegen fehlender Abkapselung, ist eine Enucleation möglich; beim Herauf arbeiten kommt man an einzelnen Stellen ganz nahe ans Peritoneum. Auch diesmal Tamponade mit Hinterlassung von Geschwulstmassen. Puls 120, Temp. über 39°. 9.—10. April. Zuweilen starke Schmerzen im Kreuz, trüber stinkender Ausfluss, der Tampon entfernt, 3-stündlich Ausspülungen mit Kahypermangan-Lösung. Der Leib unempfindlich, subjectives Befinden gut. Appetit ziemlich gut. Puls 100, Temp. 38°. 11. April. Ohne Narkose 3. Operation, wobei mit der Scheere tiefergetretene, zum grossen Theil necrotisch zerfallene, graulich aussehende Geschwulstpartien herausgeholt werden.

12.—18. April. Mässiger Ausfluss graulicher Flüssigkeit mit wenig Geruch, Temp. fast normal. Höhenstand der Gebärmutter derselbe, in der Breite ist eine Verschmälerung eingetreten. Allgemeinzustand befriedigend. (Ferrum). 19. April. 4. Operation ohne Narkose: Es werden necrotisch zerfallene, vorrückende Geschwulststücke, etwa ein handvoll, zu Tage befördert. 20.—29. April. Die Temperaturen steigen wiederum bis über 39°, darauf annähernd normal, um nachher in den Abendstunden bis auf 40° zu steigen. Allgemeinzustand derselbe, die Innenfläche der Geschwulsthöhle graulich verfärbt. 30. April. 5. Operation (Narkose). Es wurden mit Schwierigkeit oben aus der Uterushöhle Geschwulstmassen an Volumen etwa einer Faust entsprechend, meistentheils scharf, entfernt. Fundus uteri 3 Fingerbreit unter dem Nabel. Dauer der Operation über ½ Stunde, Blutverlust gering, Tamponade (Ergotin). Das Uteruscavum bildet jetzt eine grosse Höhle mit dicken, etwas unregelmässigen Wandungen, aus welchen es nicht gelingt stumpf irgend welche Gewebsknoten zu entfernen. 1.—9. Mai Zustand befriedigend, keine Schmerzen, Puls um 100, Temp. am Morgen etwas über 38°, am Abend über 39°, Ausfluss gering, fast ohne Geruch, Fundus uteri 5 fingerbreit unter dem Nabel (Jodoformgazetamponade). 10.—11. Mai. Status idem. 12, Mai 6. Operation. Entfernung von einzelnen necrotischen Fetzen, bis zum 19. Mai Temp. niedriger, am Abend etwas über 38°, Appetit ziemlich gut, Pat. erholt sich. 20. Mai 7. Operation. Es werden noch einige kleine necrotische Geschwulststücke entfernt; am Abend 38,8°. Von da ab normale Temperaturen. Es tritt eine bald vorübergehende Gingivitis mit Salivation ein, offenbar eine Sublimatintoxication in Folge der Scheiden-Uterusausspülungen (1 : 2–5000), welche während etwa einer Woche mehrmals täglich ausgeführt wurden. Pat. erholt sich jetzt ausgezeichnet. Appetit gut. 25. Mai Pat. steht auf, das Oedem an den Füssen ist verschwunden. Status bei der Entlassung am 28. Mai: Allgemeinzustand gut, nur etwas Schwäche, Fundus uteri 3 fingerbreit über der Symphyse, Ausfluss fast garnicht, Schmerzen vollständig geschwunden. Die innere Fläche des jetzt gut zurückgebildeten Uteruscavum, in welches 2 Finger bequem hineingehen, zeigt eine glatte, röthliche Fläche. — Etwa ein halbes Jahr später hörte ich von dem vollkommenen Wohlbefinden der Patientin.

8) M. M., 54 Jahre alt, Russin, Multipara, leidet in den letzten Jahren an sehr reichlichen, unregelmässigen Blutungen, gegen welche 3 mal Uterusausschabung ohne Erfolg ausgeführt wurde. Geringe Schmerzen im Unterleib. Pat. ist blass, von mittlerer Ernährung, Der Uterus ist vergrössert, von harter etwas unebener Oberfläche, das rechte Parametrium verkürzt und verdickt, die Vagina eng — kolpitis vetularum — der Cervicalcanal 12 Mm. weit. Stumpfe Dilatation, es lässt sich im Uteruscavum eine etwa birnengrosse, submucöse, der linken oberen Uteruskante breit aufsitzende Geschwulst constatiren. Der Uterus ist nach unten fast garnicht dislocirbar, mediane Spaltung der ganzen vorderen Cervicalwand. Jetzt gelingt es nach Incision der Geschwulstkapsel theils stumpf, theils mit der Scheere das Myom zu enucleiren. Blutung mässig, Tamponade, einige Suturen an der Cervix. Verlauf reactionslos. Heilung.

Wie wir sehen, trat in allen Fällen vollständige Heilung ein, im Falle 1 und 7 war der Verlauf fieberhaft. In Fall 6 und 8, welche ohne Erfolg von anderer Seite behandelt worden waren, wurde die Neubildung bei der intrauterinen Abtastung festgestellt. Bei Fall 6 war eine vorherige stumpfe Dilatation der Cervix, bei 5 eine doppelseitige Discission und bei 8 mediane Spaltung erforderlich, um das Myom entfernen zu können. Die mediane Spaltung ist fast ohne Blutung gut auszuführen, verschafft viel Raum und eine bequeme Uebersicht. Fall 7 dürfte, was die Zahl der Eingriffe anbetrifft, wohl ein Unicum darstellen. Vor allem galt es zu entscheiden, wie man zur Entfernung des Tumors vorgehen sollte, per Laparotomiam oder per vaginam. Die Meinungen darüber sind verschieden. Fehling[1]) sagt beispielsweise in Betreff der vaginalen Enucleation, dass sie contraindicirt ist, «wenn schon ein Theil (des Tumors) tief in der Vagina sitzt, nekrotisch zerfallen ist und die obere Grenze am Nabel oder selbst handbreit darüber steht». Dagegen sagt Küstner[2]): «wenn die Cervixverhältnisse und der Sitz eines solitären, zum grössten Theile intramural, zum geringeren submucös gelegenen Myoms seinen operativen Angriff von dem Uterus aus auf dem Wege der Enucleation gestatten, und der Tumor, weil solitär, eventuell auf diesem Wege ganz zu entfernen ist, so soll man auch, wenn er sehr gross ist, die Enucleation wagen und soll diese Operation, wenn nicht in einer Sitzung zu beenden, zweizeitig machen.» Weiter: «den Vorzug vor der Myomotomie verdient diese Operation bei sehr heruntergekommenen ausgebluteten Individuen, bei welchen die Myomotomie schlechte Chancen eröffnet». Löhlein[3]) kommt auf Grund seiner Erfahrungen, er operirte in einem Falle in drei Zeiten mit Erfolg, zum Schluss: «Es ergiebt sich aus solchen Beobachtungen die Lehre, dass man in allen Myomfällen, wo die Tendenz zur Ausstossung per vias naturales erkennbar besteht, diese fördern und ausnutzen muss.» — Wie allgemein ersichtlich, neigt man sich jetzt immer mehr zur vaginalen Methode, auch wenn dieselbe in mehreren Sitzungen ausgeführt werden muss (Chmelnitzky[4]) u. A.) Nach solchen Ueberlegungen wurde unser Entschluss zur vaginalen Operationsmethode, obwohl auch hier in einer Sitzung sicherlich nicht alles zu entfernen war, endgiltig befestigt durch die Erklärung der Pat., dass sie einen Eingriff mit Eröffnung der Bauchhöhle nicht wünsche, von der Scheide aus aber einen solchen gestatte. Es wurde in 7 Sitzungen die Geschwulst entfernt, 3 mal in Narcose, die Eingriffe wurden nach Möglichkeit bis zur Grenze der Zulässigkeit ausgeführt und denen auch gut von der Pat. vertragen. — Somit sehen wir auch hier, dass die Gefahren der vaginalen Operationen sehr geringe und die Erfolge gute sind, und es unterliegt keinem Zweifel, dass die Geschwulstexstirpationen per vaginam ein noch viel weiteres Feld erobern und eine ausgebreitete Anwendung finden werden, obgleich sie häufig sehr mühsam und schwierig auszuführen sind. Jedoch wird man auch hier mit der grösseren Erfahrung die Hindernisse besser zu überwinden lernen, zumal wir jetzt in mehrfachen Sitzungen zu operiren berechtigt sind.

Referate.

H. Leloir. Ueber Pyodermitis, Akne und Seborrhoe, influenziöse und parainfluenziöse Ausschläge und deren Begleiterscheinungen. (Monatshefte f. pract. Dermatologie B. XX. № 10. 1895).

Verf. macht auf die häufig nicht nur im Verlauf, sondern auch in der Periode der Convalescenz der Influenza auftretenden Hauterkrankungen aufmerksam, namentlich erscheinen bei Leuten die vor Kurzem die Influenza gehabt besonders

---

[1]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten S. 325, 1893.
[2]) Deutsche med. Wochenschrift S. 9, 1893.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift S. 1134, 1893.
[4]) Ueber vaginale Exstirpation der Fibromyome des Uterus. Inaug. Diss. Bern 1893 cf. Centralbl. f. Gynäk. S. 324, 1895.

häufig Furunkel, Carbunkel, Erythem oder Folliculitis supp. auf. Zum Theil lässt dieses sich dadurch erklären, dass die von aussen in die Haut gelangenden Eitererreger in Folge des geschwächten Organismus einen besonders zur Entwicklung günstigen Nährboden finden. Andererseits ist L. zur Ueberzeugung gelangt, dass die bei den Complicationen der Influenza eine Rolle spielenden eiterbildenden Mikroben durch die Haut ausgeschieden werden können und dabei Pyodermitiden erzeugen. Ihm ist namentlich die Häufigkeit von Akne-Ausbrüchen im Verlauf der Influenza aufgefallen, namentlich in der Periode der Reconvalescenz, nachdem das Fieber schon seit einigen Tagen geschwunden. Ferner fand L., dass sich vorhandene Seborrhoe des Gesichtes und der behaarten Kopfhaut im Verlauf der Influenza bedeutend verstärkte.

Mit absoluter Sicherheit lässt es sich natürlich nicht nachweisen, dass diese Hautveränderungen durch die Ausscheidung giftiger, im Blute kreisender Keime, hervorgerufen werden, vielleicht sind es auch nur die von ihnen gebildeten Toxine oder etwa Toxine, die sich in Folge der gastrointestinalen Affectionen bei Influenza bilden können, jedenfalls mahnt diese Beobachtung, während der Influenza auf Reinhaltung eventuell Desinfection der Haut zu achten.

Ref. möchte ebenfalls hervorheben, dass auch ihm die vermehrte Häufigkeit der Furunkel- resp. Carbunkelbildung in den Influenzajahren aufgefallen und hat auch er eigenthümliche schwer zu specificirende Hautaffectionen in Form von Erythemen, pustulöser Dermatitis und Folliculitis, sowie acutere Alopecie seborrhoischen Ursprunges im Anschluss an Influenza beobachtet. O. Petersen.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 24. October 1894.

1. Dr. Anders berichtet über die moderne Therapie der Klumpfüsse und demonstrirt entsprechende Gypsmodelle und Verbände.

Aus der grossen Zahl der unblutigen Wege, gegen den Pes varus vorzugehen, greift Ref. nur das forcirte Redressement nach König und den Wolff'schen Etappenverband heraus und sucht die Frage zu beantworten, ob bei den grossen Fortschritten, welche das unblutige Vorgehen in letzter Zeit gemacht, blutige Eingriffe am Scelette des Fusses ihre Berechtigung behaupten können.

Ref. spricht sich für einen grossen Theil der Varus-Füsse, besonders der niederen Grade desselben, und für das jüngere Alter, unter eventueller Hinzunahme von Tenotomie und Durchtrennungen der Fascia plantaris für den Wolff'schen Etappenverband aus. Auch käme man bei jüngeren Kindern in hochgradigen Fällen wohl mit diesem Verfahren an's Ziel. Es sei bei der Redression zuerst gegen die Adduction, dann gegen die Supinationsstellung vorzugehen, endlich gegen die Plantarflexion. Vor einem zu vollständigen und raschen Redressiren in wenigen Etappen sei bei dem Wolff'schen Verfahren im Hinblick auf Decubitus zu warnen. Schneller dürfe ein vollständiger Ausgleich beim König'schen Verfahren vollzogen werden, wo Zerreissungen des Bandapparates und gewaltsame Umformung der Knochen stattfinden. Ref. hat sich nicht von der bedingungslosen Recidivunfähigkeit des durch Wolff'sche Etappen redressirten Varus überzeugen können. Ein Recidiv könne bei einem auf unblutigem Wege behandelten und scheinbar ausgeheilten Varus noch spät eintreten.

Der Etappenverband Wolff's werde indessen vortrefflich vertragen und wirke in Bezug auf die Schmerzhaftigkeit, wie sie sich unter anderen Methoden der Behandlung oft schwer geltend mache, oft wie entlastend und befreiend. Besonders gingen kleinere Kinder durch Monate hindurch in gut corrigirter Stellung mit ein und demselben Verbande umher. Am besten benutzte man Gyps und Leim als Material und mache die Verbände am Fussgelenk durch Einschalten von charnirten Eisenspänchen an der Fussarticulation gelenkig. (Ref. demonstrirt einen solchen Apparat und Etappenverbände.) Gegenüber den Vorzügen dieses sonst trefflichen Verfahrens machen sich die Schwierigkeiten geltend, auf welche wir in hochgradigen Fällen nach dem 6. und 7. Lebensjahre stossen. Sollen wir uns hier dem umständlichen, schwierigen, langdauernden, Recidive mit Sicherheit nicht ausschliessenden unblutigen Verfahren zuwenden, wo wir doch so rasch auf operativem Wege zu einem definitiven Ziele gelangen?

Zum Belege, dass der operative Eingriff am Scelette des Fusses im Hinblick auf das Wachsthum desselben nicht in dem Sinne zu fürchten ist, wie oft angenommen wird, demonstrirt Ref. zwei Gypsmodelle, die der Zeit nach 9 Jahre auseinanderliegend gewonnen wurden. Das erste Modell stellt einen Pes varus höchsten Grades vor der Operation im Jahre 1885 dar, in welchem der Patient das achte Lebensjahr erreicht hatte. Der kleine verkümmerte, weil zum Gehen mit dem Dorsum gebrauchte Fuss, zeigt ein in allen Dimensionen zurückgebliebenes Wachsthum. Ref. führte eine Exstirpation des Talus, eine modellirende Resection an den Knochen der Fusswurzel, eine Resection des Malleolus externus, eine Anpassung des restirenden Theiles des Malleolus externus an den Calcaneus durch Vertiefen desselben an der Stelle des Contactes und Tenotomien aus — Das zweite Modell wurde 1894 gewonnen und zeigt den Fuss in seinem gegenwärtigen Zustande. Es stellt einen Fuss in dem Alter vollkommen entsprechenden Grössenverhältnissen dar. Das Wachsthum ging in überraschender Weise schnell vor sich, nachdem Pat. Sohlentreter geworden war. Derselbe ist Tischler, geht 6 bis 7 Werst ohne zu ermüden und versieht den ganzen Tag stehend seinen Beruf.

Auch die Phelps'sche Operation sei nach den Erfahrungen des Ref. nicht frei vom Vorwurfe der Recidivfähigkeit. An der Hand des mitgetheilten Falles und gestützt auf andere Erfahrungen beantwortet Ref. die oben gestellte Frage dahin, dass ein operatives Vorgehen bei höheren Graden des Klumpfusses, bei älteren Individuen und unbemittelten Personen seine volle Berechtigung behauptet.

(Autoreferat.)

2) Dr. Masing: Ein Fall von diffuser Osteomalacie des ganzen knöchernen Skeletts. (Zur Veröffentlichung in der St. Petersb. med. Wochenschrift bestimmt).

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Sitzung am 21. November 1894.

1. Dr. Westphalen spricht über die Enteritis membranacea, welche schon seit dem 16. Jahrhundert bekannt, doch bis vor Kurzem ihrem Wesen nach nicht genügend aufgeklärt war. Im Jahre 1882 wurde in Deutschland durch Leyden die Aufmerksamkeit auf diese Erkrankung gelenkt. Es können drei Typen unterschieden werden, je nachdem sich in den Faeces solide strangförmige Gebilde oder solide Platten oder aber verästelte nautilusartige Gebilde vorfinden. Oft werden dieselben zufällig im Stuhle gefunden, oft aber auch ganz ohne Stuhlgang aus dem Anus entleert, letzteres häufig unter starken Schmerzen. So beobachtete Ref. einen Fall, wo sich starke Schmerzen zuerst in der Ileocoecalgegend eingestellt hatten, welche nach einem Bade aufhörten, um dann wieder nunmehr in der linken Seite sich einzustellen, worauf schliesslich unter Schmerzen die Membran ausgestossen wurde. Diese Erscheinung ist oft nur ein Mal im Leben, oft jährlich ein Mal, oft aber fast täglich bei den betreffenden Patienten beobachtet worden. In der Mehrzahl der Fälle sind letztere weibliche Individuen und zwar hysterische Frauen, doch kommt die Erkrankung auch bei Männern vor und ebenfalls bei Kindern. in einem Falle von Longuet sogar 36 Stunden nach der Geburt. Ueberhaupt betrafen alle Fälle von Kindern meist Neugeborene.

Die Klarstellung der Ursache dieses Leidens wurde zunächst von der chemischen Seite in Angriff genommen und zwar constatirte Leyden in seinem Falle das Vorhandensein von Fibrin in den Membranen, weshalb er die Erkrankung für einen Catarrh der Darmschleimhaut hielt und ihr den Namen croupöse Enteritis gab. Ausser Leyden hat nur noch Jacksch Fibrin in den Membranen nachgewiesen, alle anderen Forscher aber nicht. Im Gegentheil haben alle Forscher in den Membranen Albumin, Mucin und in einzelnen Fällen auch Globulin gefunden. und zwar je zerreisslicher die Membranen, um so mehr Albumin, je derber um so mehr Mucin. Es wurde daher sehr fraglich, ob es sich in diesen Fällen um eine anatomische Schleimhauterkrankung mit kleinzelliger Infiltration derselben und Desquamation der Epithelien handele und spricht Kitagawa zuerst von einer Secretionsneurose in diesen Fällen, weil sich bei ihnen gewöhnlich auch sonstige neurotische Zustände vorfinden. Einen Schritt weiter in der Erkenntniss wurde diese Erkrankung durch die Beobachtung Rothmann's gefördert. Nachdem schon vorher Marchand einen ähnlichen Sectionsbefund veröffentlicht hatte, fand Rothmann bei einer Patientin, welche an Hirntumor litt und bei welcher zu Lebzeiten membranartige Abgänge beobachtet worden, bei der Section den Darm in wechselndem Füllungszustande, indem weite mit sehr engen Partien abwechselten. In letzteren lagen die strangförmigen Gebilde, von welchen Rothmann vermittelst der Weigert'schen Fibrinfärbungsmethode nachwies, dass es Producte der Schleimdrüsen waren, welche offenbar durch die tonische Contraction des Darmes die strangförmige Form erhielten.

Noch genauer gelang es dem Ref. den Nachweis zu führen, da er im vorigen Jahre Gelegenheit hatte, eine Anzahl solcher Gebilde zu untersuchen. Unter anderen behandelte er eine sehr nervöse Dame, welche an Hyperacidität des Magensaftes mit Ulcus ventriculi litt. Dieselbe klagte über starke Schmerzen im Leibe und erwiesen sich bei der Untersuchung ganz besonders empfindlich die ganglionären Gebilde in der Bauchhöhle (Burkart's Punkte). Eines Tages klagte sie über qualificirte Schmerzempfindlichkeit im Magen. Nach dem Gebrauche von

Opium ging eine ca. 15 Ctm. lange Membran ab, welche sich als dicker weisser Faden präsentirte, in dem central ein bräunlicher Streifen (Spuren von Faeces) verlief. Ref. fertigte von dem Präparate senkrecht zur Längsachse Schnitte an, die er mit dem Ehrlich'schen Triacidgemisch behandelte, worauf er sehr schöne Bilder erhielt: einen blau gefärbten Mantel, welcher also aus einer sauren Verbindung, nämlich aus Mucin bestand, und einen roth gefärbten Kern — aus Eiweiss bestehend, der unter dem Mikroskop verschollte Cylinderepithelien aufwies.

Es war also evident erwiesen, dass bei der Entstehung dieser Gebilde zunächst Desquamation der Epithelien des Darmes stattfindet. welche darauf mit Schleim umhüllt werden. Das Vorhandensein membranöser Abgänge weist also darauf hin, dass der Darm tonisch contrahirt ist. Dieses kommt z. B. vor bei chronischer Bleivergiftung, bei habituellen Obstipationen, besonders der nervösen, von Boas auch als spastisch bezeichneten Obstipation.

Ref. hat diese Beschwerden besonders bei hysterischen Individuen beobachtet: Es stellen sich statt der normalen harten Faeces, weiche Entleerungen ein, welche aber sehr schwer abgesetzt werden, als ob der Darm sie zurückhält. Dieselben sind bleifederdünn und hinterlassen stets einen unbefriedigten Zustand und unangenehme Sensationen, Schwächegefühl etc. Wo man hinfasst, ist der Leib schmerzhaft, am ausgeprägtesten pflegt jedoch die Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Colon ascendens und der Flexura sigmoidea zu sein. In diesen Fällen können die Abführmittel nichts helfen und empfiehlt Ref. im Gegentheile Narcotica, z. B. Belladonna und Opium, ferner warme Hafersäcke auf den Leib, warme Douchen. warmes Oellavement etc. Die Prognose des Leidens ist nicht günstig. Jugendliche Individuen können zwar völlig genesen, ältere jedoch sehr selten.

Dr. Lunin erwähnt, dass er bei einem 5-jährigen Knaben nach croupöser Pneumonie und bei einem Mädchen von 9 Jahren nach Influenza solche bandförmige Gebilde hat abgehen gesehen.

Dr. Kernig bestätigt, dass das Leiden nur ausnahmsweise auch bei Männern vorkommt, und hält dasselbe, wenn es ausgesprochen auftritt, für ein sehr schweres.

Dr. Moritz betont dem gegenüber, dass solche Membranartige Abgänge oft auch als ganz zufälliger Befund bei Personen beobachtet werden, die sich wenigstens für gesund halten.

2. Dr. Th. v. Schroeder stellt eine Patientin vor, an welcher er die Exstirpation des Thränensackes nach Kuhnt ausgeführt hat. Die Exstirpation des Thränensackes ist in der hiesigen Augenheilanstalt schon früher bisweilen ausgeübt, doch weil die damalige Operationsmethode bedeutende Schwierigkeiten darbot und das Resultat kein sicheres war, wieder aufgegeben worden.

Prof. Kuhnt in Königsberg hat die Methode 1882 bedeutend verbessert und bereits 182 Fälle nach seiner Methode mit Erfolg operirt. Auch andere Operateure erklären, dass das Resultat jetzt ein sehr gutes sei. Infolge dessen hat man sich auch in der hiesigen Augenheilanstalt dieser Operation wieder zugewandt und zwar nach den Kuhnt'schen Indicationen. Wenn eine Staarextraction oder Iridectomie stattfinden soll, so muss stets der Thränensack untersucht werden. Falls Eiterung desselben vorliegt, so musste bisher der Sack gespalten und solange desinficirend vorgegangen werden, bis die Eiterung aufhört. was aber oft schwer zu bestimmen ist. Versieht man sich darin, so kann nach stattgehabter Staarextraction oder Iridectomie schon nach 24 Stunden Vereiterung des Auges erfolgen. In diesen Fällen ist also nach Kuhnt vor den betreffenden Augenoperationen der Thränensack vollständig zu entfernen. Desgleichen wenn in Folge einer Thränensackeiterung sich ein Ulcus auf der Cornea bildet. Letzteres lässt sich zwar behandeln, aber oft mit geringem Erfolge, weil die veranlassende Eiterung des Thränensackes fortbesteht. Fernere Indication zur Exstirpation des Thränensackes ist, falls die frühere Methode der Spaltung und Ausspritzung desselben nicht zum Ziele führte. Ferner die Fälle von Caries des Knochens, wo sich die Eiterung des Thränensackes oft Jahre lang fortsetzt. Auch hier ist die Exstirpation desselben indicirt, da die Nähe eines chronischen Eiterheerdes am Auge stets sehr gefährlich ist.

Kuhnt exstirpirt überhaupt in allen mehr chronischen Fällen von Eiterung des Thränensackes. Als Regel ist diese Indication wohl zu weitgehend, sie lässt sich aber festhalten für die bei uns nicht seltenen Fälle, wo die Patienten nicht in der Lage sind, sich lange in der Anstalt behandeln lassen zu können und zu Hause in der Provinz, keine augenärztliche Hülfe haben.

Während man früher behufs Exstirpation des Thränensackes einfach auf denselben einschnitt une sich zwischen der Haut und dem Sacke in die Tiefe grub, wobei oft nur ein Theil der vorderen Wand des Thränensackes entfernt wurde und man nie sicher wusste, wie viel vom Sacke noch nachgeblieben war, schneidet man jetzt nach Kuhnt medianwärts vom Thränensacke dicht am Thränenbeine ein, dessen Crista anterior eine sichere Orientirung bietet, und schneidet den Sack nach Ablösung vom Knochen mit ein Paar Scheerenschlägen in toto aus. Ein kleiner Sperrelevateur mit Häckchen trägt viel zur Erleichterung der Operation bei.

Die von Ref. demonstrirte Patientin war bereits vor 18 Jahren im Augenhospitale wegen Eiterung des Thränensackes behandelt und augenscheinlich geheilt entlassen worden, musste sich jedoch von Pleskau aus, wo sie lebt, eingetretener Recidive wegen oft wieder vorstellig machen. Vor 4 Tagen hat nun Ref. an ihr die Exstirpation des Thränensackes ausgeführt und jetzt ist bereits alles per primam geheilt und kaum eine lineäre Narbe sichtbar. Sehr merkwürdig ist, dass entgegen den früheren Befürchtungen nach dieser Operation kein Thränenträufeln eintritt, was sich noch nicht vollständig erklären lässt. Auch in einem anderen Falle, den Ref. vor 6 Wochen operirt hat, und der einen Arbeiter betrifft, welcher jetzt durch das Auge bei der Arbeit gar nicht mehr behindert ist, findet kein Thränenträufeln statt. Sieht man das Auge an, so findet man es wohl meist mit Thränen gefüllt, welche jedoch nicht über den Rand fliessen.

Die hier exstirpirten Thränensäcke sind noch nicht mikroskopisch untersucht worden, doch erwähnt Ref., dass Kuhnt in Fällen von chronischer Eiterung derselben Granulombildung der Schleimhaut mit Epithelschwund derselben nachgewiesen hat. In diesen Fällen lässt sich die Eiterung aber überhaupt nicht mehr heilen.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 28. Sept. 1894.

Herr Truhart hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Paralyse und Parese der Augenmuskeln».

Einleitend wies Vortragender darauf hin, dass dieses Gebiet nicht nur in die Interessensphäre der Ophthalmologen von Fach, sondern eines jeden praktischen Arztes, sowohl des Chirurgen, wie des internen Klinikers hineingehöre, da die Augenmuskellähmungen eins der wichtigsten Mittel an die Hand böte, den Sitz einer Gehirnerkrankung genau zu localisiren. An der Hand einer Reihe von speciell diesem Zwecke gewidmeten Tafeln und das Thema illustrirend durch ausgewählte seiner Praxis entnommene casuistische Fälle besprach Vortr. die Lähmungen der die Augenmuskeln versorgenden Nerven als orbitale und intracranielle Lähmungen scheidend. Ein besonderes Gewicht legte er auf die intracraniellen Lähmungen und deren Localisation corticalen, cerebralen und nucleären Ursprungs gleichzeitig die Localisation eingehend an den Rindentheilen und den tiefergelegenen Centralstellen des Gehirns demonstrirend. (Der Vortrag wird in einer fachwissenschaftlichen Zeitschrift in extenso publicirt werden).

Herr v. Zoege stellt einen Fall von Lymphangiom der Wange, Zunge und Unterlippe vor. Die linke Wange der kleinen fünfjährigen Kranken erscheint erheblich geschwollen, hängt etwas. Die Unterlippe wesentlich vergrössert, hängt bis auf das Kinn herab. Die rechte Hälfte der Zunge ist voluminöser, die Papillen sind auf derselben vergrössert. Die Palpation lässt die Geschwulst überall von weicher überaus schlaffer Consistenz erscheinen. Das Gewebe ist compressibel und füllt sich bei Nachlass des Druckes sehr langsam. Die bisherigen einschlägigen Beobachtungen (cf. Wegner) weisen keinen ganz analogen Fall auf. Am häufigsten kommt das Lymphangiom isolirt an der Zunge vor und zwar ein- und doppelseitig — als Makroglossie. In einem Falle war bei einseitiger Betheiligung der Zunge die Unterlippe zugleich ergriffen und fand sich dazu noch eine Geschwulst der Achselhöhle. Histologisch finde sich eine Erweiterung der Lymphspalten und Vermehrung des interstitiellen Gewebes. Die Lymphspalten confluiren später zu grösseren Höhlen, in die sich gelegentlich auch Blut aus mit hineinbezogenen Venen ergösse. Derartige Hohlräume sind in vorliegendem Falle klinisch nicht nachzuweisen. Für die Entstehung der Geschwülste wird eine congenitale oder acquirirte Verlegung der Lymphstämme verantwortlich gemacht. Die Therapie besteht in Excision, sobald die Hypertrophie höhere Grade erreicht. Vernarbungen mit dem Pacquelin'schen Spitzbrenner oder electrischen Strömen sind versucht. Zu bemerken ist noch, dass das Lymphangiom stets einen allmähligen Schwund der Muskulatur verursacht, wie auch vorliegender Fall eine solche an der Lippe und Wange besonders deutlich zeige.

z. Z. Secretär: Kieseritzky.

Sitzung am 5. Oct. 1894.

1) Herr Prof. Dehio stellt einen Fall von Erythromelalgie vor. Bei einer etwa 50-jährigen bis dahin gesunden Bäuerin, stellten sich vor 4½ Jahren spontane, hochgradige Schmerzen

in den Fingern der linken Hand und den Zehen des linken Fusses ein, die zwei Mal für mehrere Monate nachliessen, aber sich im Ganzen doch bis jetzt stets gesteigert haben, im letzten Jahr ist die schmerzende Hand auch eigenthümlich rothblau geworden.

Gegenwärtig findet sich folgender Status: Die ziemlich wohlgenährte Kranke klagt über häufige, schwere Kopfschmerzen, und Schwindelanfälle, die sie zu fast permanenter Bettruhe nöthigen. Reissende und bohrende Schmerzen in der linken Hand, geringe Schmerzen im Ballen der linken grossen Zehe. Am Gesicht bemerkt man eine geringe Cyanose und eine allgemeine teigige Verdickung der Haut, ähnlich wie bei Myxödem. Die Schilddrüse ist aber nicht atrophisch. Die linke Hand ist besonders an der Hohlhand deutlich livid-roth und zum Schwitzen geneigt, die Finger an den letzten Phalangen glatt und zugespitzt (Leiodermie). Neben den spontanen Schmerzen ist eine hochgradige Hyperästhesie und Druckempfindlichkeit an allen Theilen der Hand, besonders in den spatia interossea vorhanden. Die Muskulatur der Hand, sowie die Muskeln der ulnaren Seite des Vorderarmes sind atrophisch, zeigen herabgesetzte electrische Erregbarkeit und die Bewegungen der Finger sind sehr beschränkt und kraftlos. Der linke Radialpuls ist schon für den palpirenden Finger, besonders aber bei der sphygmographischen Untersuchung als deutlich tardus zu erkennen, was an der rechten Hand nicht der Fall ist. Am schmerzenden Fuss keine objective Veränderungen. Dieser Zustand ist sehr stabil und hat im letzten Monat keine Veränderungen erfahren.

Vortragender ventilirt die Frage, ob diese Affection als eine periphere Affection der grossen und kleineren Nervenstämme zu betrachten ist oder auf eine centrale Störung bezogen werden muss. Er entscheidet sich für die letztere Annahme, weil die Schmerzen hemiplegisch angeordnet sind und gleichzeitig in der linken Hand und dem linken Fuss entstanden, und weil die permanenten Kopfschmerzen und die Schwindelanfälle, sowie die eigenthümliche Entstellung des Gesichts auf eine Affection des Gehirnes hinweisen.

(Der Vortrag wird ausführlich veröffentlicht werden).

2) Herr Graubner demonstrirt ein Präparat von geplatzter Tubargravidität, das als zufälliger Befund bei der Section einer in der städtischen temporären Cholerabaracke verstorbenen Patienten gewonnen wurde. Die Anamnese hatte ergeben, (abgesehen von den Angaben, die sich auf die Erkrankung an der Cholera asiatica bezogen) dass die 28 Jahre alte Patientin viele Jahre an Gonorrhoe gelitten, mehrmals abortirt hatte und zur Zeit ihrer Erkrankung im III. Monat gravid zu sein glaubte. Am 2. Tage ihrer Erkrankung an der Cholera traten im stad. asphycticum lebhaftere Schmerzen im Leibe auf, die aber von der stark collabirten und apathischen Patientin nicht genauer charakterisirt werden konnten. Weitere Symptome eines Abortes traten nicht auf, bis die Pat. am 5. Tage ihrer Erkrankung im stad. typhosum zu Grunde ging. Bei der Section fand sich an der linken Tube ein etwa wallnussgrosser gestielter Fruchtstock, der an der hinteren Peripherie einen grossen Riss zeigte, aus welchem ältere, braune, fast trockene Blutgerinnsel auf Druck leicht hervorkamen. An der Wand des Fruchtsackes liessen sich Chorionzotten nachweisen; im Douglas'schen Raum kein Blut oder sonst etwas Bemerkenswerthes. Die in toto herausgenommenen Beckenorgane weisen folgende Veränderungen auf. Der Uterus ist ziemlich stark vergrössert, besonders in seinem Cervicaltheil, die Musculatur verdickt, die Schleimhaut nicht merklich verdickt. Auf der Vorderseite des Uterus liegt das rechte Ovarium mit dem Pavillon (Infundibulum) der rechten Tube fest verbacken, durch vielfache strangförmige, bandartige Adhaesionen fixirt. Die rechte Tube ist gleichmässig in ihrer ganzen Ausdehnung verdickt und ihrerseits auch mit mehrfachen Adhäsionen, die einige Knickungen und Windungen im Verlaufe bedingen, versehen. Auch das linke Ovarium weist mehrere band- und strangförmige Adhäsionen auf, liegt aber an normaler Stelle. Das abdominale Ende der linken Tube frei, dagegen lassen sich mehrere Adhäsionen unmittelbar uterinwärts vom Fruchtstock, welcher etwa an der Grenze des abdominalen und mittleren Drittels der Tube gelegen ist nachweisen. Auf dieses Verhalten richtet Vortragender die Aufmerksamkeit, da er annimmt, dass diese letzteren Adhäsionen intra vitam die Tube wirklich knickten und dadurch dem ovulum ein unüberwindliches Hinderniss in den Weg stellten. Gestützt wird diese Ansicht durch das Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung der Tube uterinwärts vom Fruchtsack, welches ein völlig durchgängiges Lumen ergiebt und nur geringe Veränderung der Schleimhaut. Ob diese als catarrhalische Erkrankung oder Graviditätsveränderung aufzufassen sei, wagt Vortragender nicht zu entscheiden.

3) Herr Kessler spricht über die Frühdiagnose des Uterus-Carcinoms (wird veröffentlicht werden).

z. Z. Kieseritzky.

Sitzung am 19. October 1894.

Herr Jaesche spricht: Ueber das binoculare Sehen:

Es ist eine allgemein bestehende Annahme, dass die Lage des Scheinbildes eines Gegenstandes bei Lähmung eines Augenmuskels, von der darauf aufgewendeten Willensanstrengung bestimmt werde[1]. Diese Annahme steht jedoch in Widerspruch mit bereits feststehenden Beobachtungen und leicht zu wiederholenden Versuchen. Einige derselben wollen wir hier hervorheben:

1) Fixirt man einen Gegenstand mit einem Auge und lenkt dann die Blicklinie des Auges durch Druck mit dem Finger ganz allmälig ab, so bleibt die Auffassung bestehen, als sei die Blicklinie noch auf den Gegenstand gerichtet. Lässt man nun plötzlich das Auge los, so bemerkt man erst, dass der Gegenstand von der der Ablenkung des Auges entgegengesetzten Seite rasch an die Stelle rückt, welche das Auge vorher fixirt hatte.

2) Entwickelt man in einem Auge ein Nachbild und ändert dann die Richtung des Auges willkürlich, dann folgt das Nachbild dieser Bewegung, verschiebt man aber durch Druck die Richtung des Auges, dann verändert das Nachbild seine Lage nicht.

Aus diesen Beobachtungen erhellt, dass die Richtung der Blicklinie auf einen Punkt des Blickfeldes nur dann richtig aufgefasst wird, wenn dieselbe durch willkürliche Bewegung erfolgt. Für das Sehen mit beiden Augen sind folgende Beobachtungen massgebend:

1) Bringt man zwei Punkte (noch deutlicher zwei längere Striche) im Abstande der Augenmittelpunkte an einer passenden Wand an und fixirt dieselben so, dass das rechte Auge auf den rechten Punkt, das linke auf den linken eingestellt ist. In diesem Falle erscheinen drei Punkte, der mittlere ist aus Verschmelzung des rechten und linken hervorgegangen, der rechte stellt das Scheinbild des rechten Punktes dar, wie er dem linken Auge erscheint, die linke das Scheinbild des linken Punktes, wie er dem rechten Auge erscheint. Die Scheinbilder sind gekreuzt und der Abstand eines jeden derselben vom mittleren so gross, wie der Abstand beider Versuchspunkte.

2) Stellt man darauf die Blicklinie so ein, dass die rechte auf den linken Punkt, die linke auf den rechten gerichtet ist, so sieht man auch drei Punkte, die durch Verschmelzung des rechten und linken entstanden sind, aber sie befinden sich nicht, wie die Punkte im vorhergehenden Versuche, in gleichem Abstande vom Beobachter, sondern der mittlere steht ihm näher und folgt seiner Bewegung, wenn er weiter zurücktritt. Die Scheinbilder sind gleichnamig, der Abstand der der beiden seitlichen von einander ist doppelt so gross als der Abstand der Versuchspunkte.

Hieraus ergiebt sich: dass unter Umständen Punkte auf welche die Blicklinie gerichtet werden, nicht an den Stellen des Blickfeldes gesehen werden, auf welche die Blicklinien eingestellt sind. Und dass zwei getrennte Punkte, auf welche je eine Blicklinie eingestellt ist, einfach, verschmolzen, erscheinen, und ihre Lage im Blickraume kann wechseln, je nach der Stelle, wo beide Blicklinien sich schneiden oder wo sie bei Convergenz zusammentreffen würden. Die angeführten Beobachtungen könnten bereits genügen, um die Scheinbildlage bei Augenmuskellähmung richtig zu beurtheilen. Es dürfte jedoch nicht überflüssig sein, darauf hinzuweisen, wie dieselbe Gesetzlichkeit auch für die Bildung der Anschauung vom ganzen Blickraume Gültigkeit hat.

Nehmen wir beide Augen in der Primärstellung bei freier Aussicht, so sind ihre Blicklinien auf den Haupthorizontpunkt gerichtet. Nehmen wir durch diesen und die gelben Flecken der Augen je eine senkrechte Ebene an, so trennt diese in jedem Blickfelde die äussere und die innere Hälfte desselben. Auf der ebenen Bodenfläche aber schliessen diese Ebenen zwischen sich einen Raum ein, wo beide inneren Hälften der Blickfelder zur Deckung kommen. Folglich muss eine Linie, die wir uns vom Haupthorizontpunkte heruntergezogen denken zu dem Punkte, der senkrecht unter dem Mittelpunkte der Grundlinie der beobachtenden Augen auf dem Boden liegt, in gekreuztem Doppelbilde erscheinen. Diese Linie, die ich Hauptlängslinie des gemeinsamen Blickfeldes nenne, erscheint jedoch nicht so, sondern wird als einfache gerade ausgestreckte Linie gesehen. Das beweist, dass die beiden Blicklinien in der Anschauung völlig zusammenfallen und auch beide Blickfelder sich mit ihren inneren und äusseren Hälften vollständig decken — sofern sie mit der ebenen Bodenfläche zusammenfallen. Dieses Verhalten lässt sich leicht beweisen: Zieht man 2 Linien, die von einem Punkte so divergiren, dass ihre unteren Enden je auf die Mittelpunkte der beobachtenden Augen gerichtet sind und vereinigt dieselben stereosco-

[1]) Helmholtz: Physiolog. Optik pag. 600 ff.
Graefe: Phänomenologie der Augenmuskellähmungen in Graefe und Saemisch's Handbuch pag. 20.

pisch, so sieht man eine gradeaus gerichtete horizontale Linie. Durch Hinzufügen von Seiten- und Höhenlinien lässt sich auch ein vollständigeres stereoscopisches Bild herstellen.

Berücksichtigen wir die hier angeführten Beobachtungen, so ergiebt es sich dass die Lage des Scheinbildes bei Lähmung eines Augenmuskels davon herrührt, dass die krankhafte Ablenkung einer Blicklinie nicht zum Bewusstsein kommt sondern dass diese als mit der gesunden zusammenfallend vom Bewusstsein gefasst wird, um so viel als die gelähmte Blicklinie hinter der Einstellung der gesunden zurückbleibt, wird der von dieser fixirte Gegenstand als von letzterem abgewichenes Scheinbild dem kranken Auge erscheinen.

Anknüpfend an den Vortrag des Herrn Dr. Jaesche, sowie als weitere Casuistik zu seinem letzthin gehaltenen Vortrage «über Augenmuskellähmungen» referirte

Dr. Truhart über zwei weitere Fälle pathologischer Störung des binoculären Sehacts, von denen der eine wegen der im Gefolge auftretenden secundären Complicationen, die andere aber schon um deswillen ein besonderes Interesse in Anspruch nähme, weil derselbe sichere Beweismomente für die Bestimmung des Zeitabschnittes böte, in welchem im frühesten Kindesalter das binoculäre Einfachsehen erlernt zu werden pflegt.

Fall 1). Vor einigen Tagen wurde ich eines 9-jährigen Mädchens wegen consultirt, welches nach Angabe der Eltern zufolge einer Erkältung im Bade schon in den ersten Tagen des extrauterinen Lebens zu schielen begonnen.

Status praesens: Bei normaler Refraction, freier Pupillarbewegung, ausgiebiger Accomodation und gleichmässig normaler centraler Sehschärfe auf beiden Augen muss binoculäres Einfachsehen wegen wenn auch geringfügigen Strabismus convergens von vornherein als ausgeschlossen betrachtet werden. Der gemeinsame Convergenzakt ist ungeschmälert; beim Blick in die Ferne zeigt der verticale Meridian der linken Hornhaut eine Abweichung nasalwärts von $2^1/_2$ Mm.; der linke Bulbus in allen übrigen Blickrichtungen frei beweglich, bleibt bei associirter Bewegung nach links aussen jedes Mal starr in der Mittellinie stehen, während das rechte Auge gleichzeitig maximale Einwärtsstellung einnimmt. Das Blickfeld des linken Auges zeigt temporal entsprechenden Defect.

Aus dem angeführten objectiven Befunde ergiebt sich die Diagnose einer isolirten und zwar vollständigen Lähmung des nervus abducens des linken Auges.

Anamnese. Bei weiterer Nachforschung ergiebt sich aus den Angaben der Eltern, dass die kleine Patientin im 3. resp. 4. Lebensjahre häufig an Magenverstimmungen, an Uebelkeit und Erbrechen gelitten, dass es jedoch die zu Rathe gezogenen Aerzte damals ausdrücklich betont hätten, dass eine effective Erkrankung des Magens, von welcher diese krankhaften Erscheinungen abzuleiten wären, sich nicht hätte nachweisen lassen. Fernerhin geht aus der Anamnese hervor, dass das Kind in den früheren Jahren die Gewohnheit gehabt habe, den Kopf in einer eigenthümlichen Stellung — und zwar mit einer starken Drehung nach links aussen — zu halten. Endlich war den Eltern neuerdings eine Rückgratsverkrümmung bei dem Kinde (es handelt sich um eine mit der Convexität nach links sehende Scoliose) aufgefallen: Dieselbe habe auch einige Wochen zurück den Anlass geboten, die Patientin behufs orthopädischer Behandlung nach Dorpat zu bringen.

Diese anamnestischen Daten im Verein mit der Thatsache, dass die vorhandene linksseitige Abducenslähmung seit der ersten Kindheit besteht, gestatten den Rückschluss:

1) dass das Kind seinerzeit beim binoculären Sehact in hohem Grade von Doppelbildern belästigt gewesen ist.

2) dass die Diplopie zu Uebelkeit und zum Gefühl des Schwindels, welches sich zeitweilig bis zum Act des Erbrechens gesteigert, Anlass geboten hat.

3) dass die kleine Patientin so lange sie noch nicht gelernt hatte, von den Gesichtseindrücken des linken Auges beim binoculären Sehact zu abstrahiren, immer und immer wieder instinctiv bestrebt gewesen ist, sich von den quälenden Doppelbildern zu befreien, und dass sie sich zu diesem Zwecke des Hülfsmittels bedient hat, durch Linksdrehung des Kopfes den Augen eine Stellung zu geben, bei welcher der Rectus ext. oculi sinistri ausser Function gesetzt wurde und dass in Folge dessen

4) der Rectus int. oculi sinistri ein Uebergewicht gewann, durch welche Spannungszunahme sich der nunmehr vorhandene Strabismus convergens entwickelte.

5) endlich, dass die gegenwärtig constatirte Rückgratsverkrümmung (Scoliose) als eine secundäre Folgeerscheinung des, mit der immer wiederkehrenden Linksdrehung des Kopfes verbundenen activen Muskelzuges und einer dadurch veranlassten Druckwirkung auf die Seitentheile der Wirbelkörper anzusehen ist.

Der angeführte Krankheitsfall ist insoferne lehrreich, als er uns an die Hand giebt, wie wichtig es ist, etwa vorhandene Augenmuskellähmungen rechtzeitig zu diagnosticiren und rationeller Behandlung zu unterwerfen: nur dann sind wir in der Lage, der Entstehung schwerer Folgezustände vorzubeugen.

In hohem Grade interessant wäre es fernerhin, wenn es sich zweifellos feststellen liesse, dass die vorhandene Abducenslähmung hier thatsächlich die Folge eines kalten Bades in den ersten Tagen des Lebens gewesen. Denn wenngleich angeborene isolirte Nuclearlähmungen wenigstens nicht zu aussergewöhnlichen Seltenheiten gehören, so ist doch eine in den ersten Tagen des extrauterinen Lebens schon entstehende Augenmuskellähmung bisher von Aerzten wenigstens noch nicht beobachtet worden, obgleich einige Autoren wie Uhthoff, Raehlmann, Schröder in der Literatur vereinzelte Fälle aufführen, die nach Angabe der Eltern nicht angeboren, sondern in der ersten Lebenszeit erworben sein sollen. Nur ein einziger Fall — wenn ich nicht irre im Hirschberg'schen Centralblatt[2]) vor einigen Monaten veröffentlicht — ist mir erinnerlich, bei welchem die Ophthalmoplegie unzweifelhaft als in den ersten Monaten der Kindheit erworben angesehen werden muss. Da derselbe über die Zeitperiode des Kindesalters, in welcher das binoculare Einfachsehen zu Stande kommt sichern Aufschluss giebt und daher mit dem von Herrn Dr. Jaesche angeregten Thema in engem Zusammenhange steht, so dürfte es nicht des Interesses entbehren, wenn ich denselben, soweit er mir gegenwärtig, referire.

Fall 2). Es handelte sich hierbei um ein Kind, welches im 5. Lebensmonat, nachdem es zuvor sich bester Gesundheit erfreut hatte, mit dem rechten Auge in Folge einer plötzlichen Lähmung des, den rechten Musc. rectus internus versorgen den Zweiges des Nerv. oculomotorius zunächst vorübergehend, alsbald aber dauernd nach aussen zu schielen begonnen. Zu dieser partiellen Lähmung des Nerv. oculomotorius des rechten Auges gesellte sich einige Monate später beiderseits Ptosis (also doppelseitige Lähmung der die Mm. levatores palpebrarum super. versorgenden Nervenzweige der Oculomotorii) hinzu. Zufolge des Herabhängens der oberen Augenlider war das Kind nunmehr der Möglichkeit beraubt, Lichteindrücke von aussen anders zu empfangen, als wenn es eins der die Augen verdeckenden Lider emporhob. Fortdauernde Beobachtung ergab, dass das Kind — wollte es irgend einen ihm vorgehaltenen Gegenstand in Augenschein nehmen — zu diesem Zwecke mit seinen kleinen Fingern stets das Lid des linken, niemals das des rechten Auges emporhob, mithin zum Sehacte sich lediglich nur des linken Auges bediente. Diese Thatsache gestattet den Schluss: dass das Kind trotz seines jugendlichen Alters schon binocular einfach zu sehen gelernt hatte, bevor es im V. Lebensmonate von der Lähmung des rechten Mm. rect. intern. betroffen wurde, dass es fernerhin, nachdem zufolge letzterer Schielstellung eingetreten war, durch das rechte Auge (in Folge von Doppelbildern), beim Sehen gestört worden war, dass es, da diese Erfahrungsthatsache ihm zu vollem Bewusstsein gekommen, beim binoculären Sehacte von den Gesichtseindrücken des rechten Auges allmälig vollständig zu abstrahiren gelernt und sich so daran gewöhnt hatte, beim Sehen das rechte Auge als unbrauchbar auszuschliessen, dass es, als nunmehr einige Monate später zufolge der doppelseitigen Ptosis nur durch Emporheben der Augenlider das Sehen ermöglicht wurde, auch nicht ein Mal den Versuch weiter anstellte, das rechte Auge von seiner hindernden Decke zu befreien: ein Versuch, der jedenfalls von dem Erfolg gekrönt worden wäre, dass es auch mit diesem Auge einen Gegenstand hätte fixiren können.

Durch diesen Krankheitsfall wird die Annahme bestätigt, dass das binoculäre Einfachsehen im IV. Monat des Kindesalters erlernt wird.

z. Z. Secretär: Kieseritzky.

Sitzung am 2. Nov. 1894.

1) Herr Ströhmberg hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Cholera-Epidemie im Kreise im Jahre 1894. (wird in der Petersb. Medic. Wochenschrift veröffentlicht).

Kieseritzky.

Sitzung am 16. Nov. 1894.

1) Herr Zoege demonstrirt einen von ihm vor $1^1/_4$ Jahren operirten Fall von tuberculöser Coxitis.

2) Herr Zoege stellt einen Fall von Resection der Hüftpfanne und des Schenkelkopfes wegen Osteomyelitis der Pfanne vor.

Die 9-jährige kleine Pat. war im Sommer nach einem Fall ziemlich plötzlich erkrankt und alsbald bettlägerig geworden. Fieber und Schmerzen hatten bestanden. Bei der Vorstellung, neun Wochen nach der Erkrankung zeigte sie das Bild einer vorgeschrittenen Coxitis: allgemeine hochgradige Abmagerung — das linke Bein in Hüfte und Knie flectirt, wird ängstlich immobilisirt. Die ganze Hüftgegend aufgetrieben. Die Auftrei-

2) Centralblatt für practische Augenheilkunde 1894 Mai-Juniheft. «Beitrag zur Ophthalmoplegie im frühen Kindesalter» von Dr. J. Eliasberg.

bung umgibt namentlich den Trochanter und zieht sich handbreit an demselben herab. An der Innenseite des Beckens eine seichte kaum merkliche Verwölbung. Bewegungen im Gelenk nach allen Richtungen ausführbar, — jedoch stark eingeschränkt. — Diagnose: Osteomyelitis des Schenkelhalses oder Trochanters. Resectionsschnitt — der Trochanter gesund gefunden, ebenso der Schenkelhals; bei Eröffnung des Gelenkes zeigt sich Eiter, die Kapsel geröthet, geschwollen. Resection des Kopfes, der seiner knorpeligen Oberfläche entkleidet war, — kein Herd in demselben zu finden. Excision der Kapsel-Evidement der Pfanne, Tamponade. Das Fieber besteht unvermindert fort, daher nach 3 Tagen Resection der Pfanne nach Schmidt. Jetzt erst fällt die Temperatur langsam zur Norm und beginnt die Kleine sich zu erholen, Nach 12 Wochen hat Vortr. sie mit der Liermannschen Schiene Gehversuche machen lassen und kann sie sich mit Hilfe dieses sehr zweckmässig construirten Apparates fortbewegen. Die Verkürzung ist natürlich beträchtlich, doch adaptirt sich der Oberschenkel schon einigermassen dem Becken und beginnt das anfänglich ganz schlaffe Schlottergelenk sich zu festigen, so dass Verschiebungen nach oben nur um 2 ctm. möglich sind. Pat. kann in Rückenlage das Bein um einige Grade von der Horizontalen erheben und sich auf dasselbe ohne Schmerzen und auch ohne Schiene stützen. Die Ausschaltung des ganzen Gelenkes kann also unter Wahrung der Function oder wenigstens eines Theiles der Function ausgeführt werden. An dem Präparate ist deutlich der primäre Sitz der Erkrankung an der Y-förmigen Epiphysenlinie der Pfanne zu erkennen. Sie erscheint in diesen Linien in 3 Stücke zerlegt. Der Herd sitzt in der Mitte. Differentiell diagnostisch ist auf das klinische Verhalten: den acuten Beginn, das hohe Fieber hinzuweisen. Hätte die Auftreibung im Beckeninneren mehr Beachtung gefunden, so wäre der Sitz wohl auch sofort richtig bestimmt worden. In der Therapie hätte das keine Aenderung gesetzt, da der Kopf ebenfalls ausgedehnte Zerstörungen zeigte und entfernt werden musste.

3) Herr Prof. Dehio spricht über die diffuse fibröse Degeneration (Myofibrose) der Wandungen des Herzens.

Redner hat schon im vorigen Semester die unter seiner Leitung ausgeführte Arbeit des Dr. Radasewski referirt, in welcher die als fibröse Degeneration bezeichnete Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes des Myocards geschildert worden ist. Nunmehr liegt die Fortsetzung dieser Arbeit vor. Herr Sack hat unter der Leitung des Redners zunächst vier Herzen von herzgesunden Individuen untersucht und dadurch festgestellt, dass im höheren Lebensalter eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes des Myocards als normale Alterserscheinung vorkommt. Ferner hat Herr Sack acht kranke Herzen (Klappenfehler, schwielige Myocarditis, Hypertrophie des Herzens bei Schrumpfniere etc.) untersucht und in allen diesen Fällen, unabhängig vom Alter der Kranken, die Radasewski'sche fibröse Degeneration des Muskelfleisches constatirt. Er hat ferner festgestellt, dass diese Umänderung am stärksten in denjenigen Herzabschnitten ausgeprägt ist, die intra vitam die stärkste Dilatation durch den intracardialen Blutdruck erfahren haben. Dementsprechend findet man die stärkste fibröse Veränderung des Myocard fast regelmässig in den Vorhofswandungen, um so stärker, je grösser die Dilatation derselben. Dieses Verhalten weist darauf hin, dass die Vermehrung des myocardialen Bindegewebes verursacht wird durch die Ueberlastung der elastischen und musculären Kräfte der Herzwandungen, welche ihren anatomischen Ausdruck in der Dilatation derselben findet. Alle Erkrankungen, welche eine Ueberlastung des ganzen Herzens oder einzelner Abschnitte desselben zur Folge haben, führen zur diffusen fibrösen Entartung des Herzmuskels oder zur diffusen Myofibrose, wie man diesen Process wohl am Besten bezeichnet.

Zum Schluss macht Redner auf die Analogie aufmerksam, welche diese Veränderung mit der diffusen Angiosclerose und speciell der Arteriosclerose zeigt. Hier wie dort handelt es sich zunächst um eine musculäre Insufficienz der Wand (des Herzens resp. des Gefässrohres) an welche sich die Bindegewebsvermehrung (Myofibrose resp. Angiosclerose) anschliesst. Wie in der Gefässwand so dürfte auch in der Muskelwand des Herzens durch diesen anatomischen Vorgang eine Vermehrung der elastischen Widerstandskraft derselben erzielt werden, und insofern hat man wohl das Recht die Myofibrose als einen Compensationsprocess im Herzfleisch zu bezeichnen, der sich der compensatorischen Hypertrophie des Herzens an die Seite stellen lässt. Während jedoch die compensatorische Hypertrophie der Musculatur in den Ventrikeln die Hauptrolle übernimmt, tritt in den Vorhöfen die Myofibrose mehr in den Vordergrund.

4) Herr Kessler verliest den Rechenschaftsbericht für das verflossene Vereinsjahr, aus welchem hervorgeht, dass die Gesellschaft 16 Sitzungen abgehalten hat und 28 Vorträge und Demonstrationen gehalten worden sind. Die medic. Gesellschaft zählt 2 Ehrenmitglieder und 28 ordentliche Mitglieder.

Bei den statutenmässigen Wahlen wird zum Präses wiedergewählt: Herr Kessler. Da die Herren Koch und Meyer eine Wiederwahl ablehnen, wird zum Kassaführer Herr Hartge, zum Secretären Herr Kieseritzky gewählt.

z. Z. Secretär: Kieseritzky.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dauriac (Paris) empfiehlt zur Behandlung intestinaler Krankheiten die antiseptische und totale Irrigation des Darmtractus. Auf der Klinik von Bourneville litten zahlreiche Kinder an unstillbaren fötiden Diarrhoen. Bei diesen wurde die totale Auswaschung des Darmcanals mit einer Milchsäurelösung vorgenommen. Bei allen 11 Kindern wich die Diarrhoe der ersten Ausspülung. Auch Creolin Pearson gab dieselben günstigen Resultate. Es wurden ferner 5 Neugeborene mit grüner Diarrhoe so behandelt, eine einzige Irrigation mit Milchsäure liess dieselbe verschwinden. In einem Fall von Typhus wurde eine vorsichtige Creolin-Auswaschung vorgenommen. Auch hier wurden die Stühle weniger zahlreich, bekamen Consistenz, verloren ihren foetiden Geruch und die trockene und belegte Zunge reinigte sich, der Allgemeinzustand besserte sich, Patient bekam Appetit, das Fieber sank (12. Tag der Krankheit). Die Irrigationen wurden regelmässig jeden Tag ausgeführt, die Dauer der Krankheit war kurz, die Reconvalescenz schnell. Es wurden nie mehr als 5,1 der Lösung unter einem Druck, der nicht über 60 ccm hinausging, verbraucht. Zur Irrigation werden nur warme Lösungen benutzt. (Deutsche Med.-Ztg. 1895. 25).

— Die öfters bei der Magenausheberung eintretende Störung, dass sich das untere Sondenende verstopft, beseitigt Strauss durch eine sehr einfache und praktische Vorrichtung. Es wird nämlich zwischen die beiden Schläuche des gewöhnlichen Magenhebers ein T-Rohr eingeschaltet, dessen senkrechter Schenkel mit einem Gebläse verbunden ist. Verstopft sich die Sonde, so wird dieselbe durch Anwendung des Gebläses leicht wieder frei gemacht, während gleichzeitig durch Verschluss des Trichterschlauches mittels Klemme dafür gesorgt wird, dass die Luft nicht in falscher Richtung entweicht. Auch die beiden anderen Schläuche können je nach Bedarf durch Klemmen verschlossen werden, so dass ausser in der angegebenen Weise das Gebläse auch noch in der Richtung nach dem Trichter hin wirken kann. Zur Bestimmung der Menge des Mageninhaltes leistet nach Strauss der vorliegende Apparat mehr, wie die sonst üblichen. Will man einen ganz genauen Aufschluss, so soll man die Berechnung aus dem specifischen Gewicht des unverdünnten und des mit einer bestimmten in den Magen eingegossenen Menge Wassers verdünnten Inhalts ausführen. Die Formel lautet:

$$x = \frac{v.\,s + (a - v)\,s_1 - a}{s - s_1}$$

wobei x = die Menge des gesuchten Inhalts; s = das specifische Gewicht des unverdünnten Inhalts; s_1 = das specifische Gewicht des verdünnten Inhalts; v = die Menge des ausgeheberten Inhalts; a = das zugeführte Wasser.

(Therap. Monatsh. März 1895).

— Winternitz empfiehlt das Eczem auf folgende Weise zu behandeln. Man dampft ein Heidelbeerdecoct so lange ab, bis es Theer- oder Syrupconsistenz erlangt, seiht dann die Beeren ab und setzt eine geringe Menge Tinct. Myrrhae oder ganz wenig Salicylsäure zu. Die eczematösen Stellen werden mit dem Syrup einfach bestrichen, wodurch sich die Haut mit einer rasch eintrocknenden, dunkeln Kruste bedeckt, die dann nach einigen Tagen mit lauwarmer physiologischer Kochsalzlösung abgewaschen wird. Winternitz sah Gesichtseczeme, die selbst indifferente Salben nicht vertrugen, in 24—48 Stunden heilen. Ferner hat er auf diese Weise Verbrennungen 2-ten Grades behandelt, wobei die Schmerzhaftigkeit auffallend rasch verschwand und die Erscheinungen der Verbrennung zurückgingen.

(Therapie der Gegenwart p. 336.)

— Johnson berichtet über Heilung eines Gaumensarcoms durch Erysipeltoxine. Der 16-jährige Patient litt an einem Sarcom des weichen Gaumens, der Gaumenbögen, welches sich nach vorne auf den harten Gaumen, nach unten auf einen Theil der hinteren Rachenwand, die Zungenbasis und den Kehlkopfeingang ausdehnte. Die Neubildung bestand aus blumenkohl-ähnlichen Wucherungen, die oberflächlich geschwürig, zum Theil von erweiterten Gefässen durchzogen waren. Die Uvula war zerstört. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Spindelzellensarcom. Es wurden subcutane Injectionen von einer Combination der Erysipelkokken-Toxine und der Toxine des Bacillus prodigiosus angewandt. Nach der Injection entwickelte sich stets Röthung und schmerzhafte Schwellung an der Injectionsstelle und hielt 12—36 Stunden an. 2 Wochen

nach Beginn der Behandlung liessen die Schlingbeschwerden nach und im Halse trat allmählich Vernarbung ein, die Geschwulst schwand gänzlich. Auch William Coley hat in 10 Fällen von Sarcom mit dieser Methode eclatanten Erfolg erzielt. Nach ihm ist die Heilwirkung des Erysipelgiftes auf maligne Tumoren unbestreitbar; sie ist energischer bei Sarcomen, als bei Carcinomen. Die Toxine müssen aus virulenten Culturen stammen und frisch hergestellt sein.

(Therap. der Gegenwart p. 359.)

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Juli d. J. 6267 (40 mehr als in d. Vorw.), darunter 457 Typhus — (75 mehr), 712 Syphilis — (3 wen.), 65 Scharlach — (9 wenig.), 35 Diphtherie — (3 wenig.), 34 Masern — (5 wenig.), und 14 Pockenkranke — (2 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis 8. Juli 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
332	246	578	173	53	85	7	9	21	46	45	47	31	39	14	6	2,

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 7, Diphtherie 10, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 14, Krankheiten der Verdauungsorgane 143, Todtgeborene 11.

Дозв. ценз. Спб. 17 Іюля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, 22. (3. August) Juli **1895**

Inhalt: E. Michelson: VI. Ein Fall von Brown-Séquard'scher Lähmung. — Dr. H. Thomson: IV. Vaginale Kōliotomie bei Adnexerkrankungen des Uterus. — **Referate:** Samuel Alexander: Doppelseitige Castration bei Prostatahypertrophie. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Prof. Dr. H. Helferich: Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. — Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. — **Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.** — **Zuschrift an die Redaction.** — **Vermischtes.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Wohnungsänderung.

Dr. med. **Rudolf Wanach** bittet, vom 1. August a. c. an alle die Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift betreffenden Mittheilungen, Manuscripte etc. an seine neue Adresse: St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paul-hospital, zu schicken. Sprechstunden am Montag, Mittwoch und Freitag, 2—3 Uhr Nachmittags.

Siebenter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden am 14., 15. und 16. September c. stattfinden.**

Vorträge, deren Dauer die Zeit von 15 Minuten nicht überschreiten darf, werden die Herren Aerzte ersucht, unter genauer Angabe des Thema's und kurzer schriftlicher Wiedergabe des Inhalts **spätestens bis zum 15. August c.** bei Unterzeichnetem anzumelden.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Casuistische Mittheilungen
aus dem Deutschen Alexander-Hospital für Männer.

VI. Ein Fall von Brown-Séquard'scher Lähmung.

Von

E. Michelson.

Nachstehenden Krankheitsfall aus der Abtheilung von Dr. Westphalen veröffentliche ich auf Aufforderung desselben und mit freundlicher Bewilligung des Directors Dr. Moritz. Beiden Herren sage ich meinen Dank für die Ueberlassung des Materials.

M. B., 15 a. n., Hebräer, Schusterlehrling, wurde am Abend des 21. August 1892 von seinem Gesellen mit einem geraden Schustermesser an der linken Schulter und im Rücken verwundet. Der Stich in den Rücken wurde ihm mit solcher Wucht beigebracht, dass er nach vorne hinstürzte. Aus dieser Lage konnte Pat. nur den Oberkörper mittelst der Arme aufrichten, beide Beine blieben schlaff, völlig gelähmt am Boden liegen. Auf eine Bank gesetzt vermochte er nicht sitzend sich aufrecht zu erhalten; das Gesäss war dabei durchaus gefühllos. In beiden Beinen verspürte er Schmerzen. Das Athmen war erschwert. Pat. wurde in das Marien-Magdalenen-Hospital übergeführt. Hier stellte Dr. Butz 1½ Stunden nach der Verwundung Folgendes fest: Oberflächliche lappige Schnittwunde vorne an der linken Schulter, 3 cm lang; auf dem Rücken 1½ Querfingerbreiten nach rechts von den Proc. spin. am medialen Rande der scapula, entsprechend der spina derselben, eine 3 cm lange Stichwunde, vordringend in die Tiefe unter die scapula von links unten nach rechts oben; an dieser Stelle ein Hämatom; Lähmung des rechten Beines, Anästhesie des linken Beines und des Bauches linkerseits nach oben bis zu einer eine Handbreite oberhalb des Nabels horizontal verlaufenden Linie, medialwärts bis zur Mittellinie; Temperatur 38,0, Puls 90. Nach Angaben des Pat. erlangte das linke Bein erst im Laufe des nächsten Tages seine frühere Kraft wieder, ferner war in den ersten Tagen nach der Verletzung zwar die Empfindung für den Urin- und Stuhldrang eine normale, jedoch mangelte sie völlig bei der Entleerung selbst, infolgedessen Pat. einige Male sich verunreinigte, als er nicht rechtzeitig auf den Nachtstuhl gelangte. Die Bauchpresse konnte Pat. nicht anwenden (wie er sich ausdrückt: «ich verstand es nicht»); leistete er dem Urindrange Folge, so musste er einige Zeit warten, ehe die Entleerung begann, welche während der ersten Tage mit unangenehmen Sensationen im penis verbunden war, jedoch stets in kräftigem Strahle geschah. — Die Wunden (die der Schulter war genäht, die des Rückens tamponirt worden) heilten reactionslos und prompt. Die Temperatur betrug am 22. Aug. noch 38,0, war von dann an normal, die Pulsfrequenz sank am 4. Tage auf 74 Schläge. Am 2. Sept. konnte Pat. das rechte Bein bereits ein wenig bewegen. Am 7. Sept. hatte das Bewegungsvermögen im rechten Beine zugenommen, war am Bauche die Empfindung (wohl nur für tactile Reize) wiedergekehrt, während am linken Beine nur geringes Empfindungsvermögen gefunden wurde. Die motorische Lähmung besserte sich bis zum 11. Sept. bedeutend und am 18. Sept. vermochte Pat. mit Hilfe eines Stockes, am 2. Oct. fast ohne Unterstützung, am 7. October ganz frei zu

gehen. Am 9. Oct. 1892 wurde er entlassen. — Wie Pat. aussagt, war bei der Entlassung das rechte Bein bedeutend schwächer, als das linke, wurde beim Aufsetzen sofort steif, sodass er es, ohne im Kniegelenk beugen zu können, nachziehen musste; das Empfindungsvermögen des linken Beines war sehr schlecht. Während des Aufenthaltes zu Hause trat keine wesentliche Besserung ein, weshalb Pat. am 27. Oct. 1892 ins Alexanderhospital sich aufnehmen liess.

Status praesens:

Kräftig gebauter, normal gebildeter, psychisch sehr aufgeweckter Knabe. Innere Organe normal. Puls 80. Gehirnnerven normal. Ophthalmoskopie ergiebt normalen Befund. Auf dem Rücken rechts von der Wirbelsäule in der Höhe des 3. u. 4. proc. spin. dors. eine frische schlitzförmige Narbe, 1,5 cm lang, schräg von oben links nach unten rechts verlaufend, ihr oberes Ende 1 cm, das untere 2 cm von der Mittellinie entfernt, nicht druckempfindlich. Das rechte Bein auf Anfühlen kühler, als das linke, leicht beschwitzt; Temperaturmessungen in der Kniekehle an 2 Tagen ergaben rechts 36,6 und 36,7, links beide Male 37,15. Obere Extremitäten in motorischer wie sensibler Beziehung normal. Dynamometer rechts 19 kg, links 16 kg. An dem Rumpfe und den unteren Extremitäten ergiebt die Untersuchung Folgendes:

Motorische Verhältnisse:

Aus vornübergebeugter Haltung erhebt Pat. den Rumpf, indem er ihn ein wenig nach links hinüberrollt. Das rechte Bein wird beim Gehen nachgeschleppt, beim Aufsetzen desselben treten leichte Spasmen in der gesammten Beinmusculatur auf. Muskeltonus der letzteren geschwunden, wodurch das Bein, besonders der Unterschenkel, atrophischer erscheint, als es in Wirklichkeit ist. Umfangsmessungen: Mitte des Oberschenkels rechts 36,25 cm, links 37,25 cm; Mitte der Wade rechts 26,0 cm., links 27,25 cm. Eine vergleichende Untersuchung der Kraft der hauptsächlichsten Muskelgruppen zeigt, dass am rechten Oberschenkel die Extensoren deutlich schwächer, die Adductoren nicht viel schwächer, die Flexoren bedeutend schwächer, am rechten Unterschenkel die Flexoren etwas schwächer, die Extensoren sehr viel schwächer sind, als die entsprechenden Muskelgruppen des linken Beines, deren Kraft dem Alter und Ernährungszustande des Pat. durchaus angemessen ist. In der Ruhelage keine Muskelspannungen. Mechanische Muskelerregbarkeit nicht erhöht. Bei Fuss- und Augenschluss leichtes Schwanken. Stehen auf einem Bein beiderseits fast gleich. Lagegefühl rechts abgeschwächt, links normal. Bewegungen mit dem rechten Beine etwas uncoordinirt.

Sensible Verhältnisse:

Linke Körperhälfte: Leise tactile Reize werden unterhalb einer Linie, welche vom Nabel im Bogen nach unten bis nahe an den Darmbeinkamm und dann ansteigend zum 1. proc. spin. lumb. verläuft, schwach, vom Knie an abwärts gar nicht empfunden. Nadelstiche, Kneifen rufen in dieser Region geringe Empfindung hervor, werden am Unterschenkel und Fussrücken nur als stumpfe Berührung oder als Kitzel aufgefasst; an der Fusssohle ist die Schmerzempfindlichkeit besser erhalten. Das Localisationsvermögen sonst gut, ist am Unterschenkel ziemlich unsicher. Kalt und warm, feucht und trocken werden schlecht oder gar nicht unterschieden, und zwar am Bein je weiter nach unten um so schlechter, am Rumpf nach oben bis zu einer Linie, welche 3 Fingerbreiten unterhalb des proc. xiphoideus beginnend fast horizontal zum 12. proc. spin. dors. verläuft. Oberhalb dieser Linie in der Ausdehnung etwa einer Handbreite besteht, besonders am Rücken, eine auffallende Hyperästhesie für Temperaturreize, eine geringere für Kitzeln und Streichen. Faradocutane Sensibilität innerhalb der analgetischen Zone ebenfalls stark herabgesetzt; bei völlig übereinandergeschobenen Rollen eines sehr kräftig wirkenden Apparates war die Schmerzempfindung eine ganz dumpfe, als ob der Strom durch dicke Bekleidung hindurch die Haut treffe.

Rechte Körperhälfte: Unterhalb einer Linie, welche entsprechend der oberen Begrenzung der linksseitigen Thermoanästhesie, d. h. 3 Fingerbreiten unter dem proc. xiph. beginnt und um die rechte Seite zum 7. proc. spin. dors. ansteigt, Hyperästhesie für Berühren, Streichen, Kitzeln, elektrische Ströme. Alle diese Reize werden öfters als direct schmerzhaft empfunden. Oberhalb genannter Linie eine ca. 3 Finger breite, um die ganze rechte Seite sich herumziehende Zone, welche für alle Empfindungsqualitäten anästhetisch ist, höchstens tactile Reize zur Wahrnehmung kommen lässt. Ueber dieser Zone eine Region, in welcher Pat. unangenehme Sensationen, wie Kitzeln, Brennen, Jucken hat, und welche auch objectiv etwas hyperästhetisch ist; sie hat eine Höhenausdehnung von 1—1½ Handbreiten. Temperatursinn ausserhalb der anästhetischen Zone normal. Faradocutane Sensibilität im Gebiete der Hyperästhesie erweist sich als enorm gesteigert; bei völlig auseinandergeschobenen Rollen schrie Pat. laut auf, sobald die Elektrode angelegt wurde.

Der Drucksinn, in grober Weise geprüft, wies keine auffallenden Unterschiede zwischen beiden Körperhälften auf. Die electromusculäre Sensibilität beiderseits gleich. Die Hoden gleich druckempfindlich.

Reflexe:

An den Fusssohlen der Kitzelreflex nicht auslösbar, der Stichreflex beiderseits gleich. Cremasterreflex links lebhaft, auf den rechten Hoden übergreifend, rechts schwächer. Bauchreflex links lebhaft, rechts nicht nachzuweisen. Kein Fussclonus, Achillessehnenreflex beiderseits gleich, nicht erhöht. Patellarreflex links lebhaft, rechts sehr gesteigert.

Urin- und Stuhlentleerung erfolgen normal, nur hat Pat. immer noch das Gefühl der Unsicherheit in der Anwendung der Bauchpresse; wie er sagt, «ich weiss nicht recht, wie ich es machen soll».

Die electrische Erregbarkeit durch den galvanischen Strom, direct wie indirect, beiderseits normal und gleich, durch den faradischen Strom rechts in den paretischen Muskeln abgeschwächt.

Therapie:

Tägliche warme Bäder, Strychnininjectionen (0,001 p. die) Galvanisation des Rückenmarks, Massage und Faradisation der paretischen Muskeln, faradische Pinselung der anästhetischen Partieen.

Verlauf:

November 13. Ganz entschieden besser, Pat. kann schon etwas laufen.

November 20. Die Schmerzempfindlichkeit linkerseits hat in geringem Grade zugenommen.

November 25. Das linke Bein schwitzt häufig, das rechte friert leicht.

December 1. Geringe atrophische Abflachung der rechtsseitigen Brustmuskeln. Die Wirbelsäule ist nach rechts leicht verkrümmt. Beim schnellen Gehen und beim Laufen Spasmen im rechten Bein.

December 22. Gang kaum mehr spastisch, das rechte Bein wird besser gehoben und nach vorne gependelt. Die anästhetische Zone rechts empfindet bereits einigermaassen tactile Reize. Am linken Oberschenkel hat die tactile Anästhesie sich ebenfalls verringert. Pat. behauptet, seit 3 Tagen Abends im Bette rechterseits Zehenkrämpfe und Spannungsgefühl im ganzen Beine zu haben.

December 29. Pat. klagt über Verschlechterung des Ganges: Das rechte Bein knicke beim Auftreten entweder nach hinten durch oder es werde steif oder es werde im Pendeln zur Seite geschleudert (Spasmen und Ataxie). Linkerseits am Rumpfe und am Beine bis zum Knie hinab Empfindung für tactile Reize viel besser, vorne am Bauche und unterhalb des Knies noch ziemliche Analgesie; linke Hälfte des Penis gegen Berührung ganz unempfindlich.

Januar 5. 1893. Ataxie des rechten Beines hält an; bei geschlossenen Augen kann Pat. über die Lage dieser Extremität keine Angaben machen; Schwäche ist sich gleichgeblieben. Analgesie des linken Beines unterhalb des Knies hat abgenommen; häufiges Schwitzen dieses Beines. Uriniren geschieht jetzt mit früherer Sicherheit in der Anwendung der Bauchpresse. Im rechten Hüft- und Kniegelenk will Pat. Knacken verspürt haben.

Januar 22. Seit 20. Januar heftiges Kitzeln in den tiefer gelegenen Theilen des linken Beines, hauptsächlich in den Knochen und Gelenken, morgens so stark, dass Pat. kaum gehen kann. Ataxie des rechten Beines geringer, besonders das Laufen gelingt sehr gut. Beide Beine schwitzen sehr stark.

Januar 26. Das Kitzelgefühl in den Knochen und namentlich im Kniegelenk der linken Seite dauert fort. Das Gehen am Morgen ausserdem durch starkes Schwanken erschwert. Ist Pat. einige Zeit umhergegangen, so geben sich diese Erscheinungen in bedeutendem Maasse. Die Hyperästhesie der rechten Körperhälfte ist geschwunden.

Januar 29. Die Ataxie im rechten Beine hat sich noch vermindert. Links werden alle Gefühlsqualitäten am Rumpfe gut, am Oberschenkel besser als früher empfunden; am Unterschenkel ist die tactile Empfindlichkeit noch schwach, die Schmerzempfindlichkeit dagegen wieder besser, als am 5. Januar.

Februar 2. Seit 3 Tagen wieder stärkere Spasmen im rechten Beine, besonders morgens gleich nach dem Verlassen des Bettes; nach einigem Umhergehen verlieren sie sich fast völlig. Die Ataxie dieser Extremität kaum mehr bemerkbar, deutlicher, wenn das Bein einige Zeit lang in Ruhe verharrt hat. Lagegefühl in demselben nicht vorhanden. Im rechten Hüft- und Kniegelenk ist Knacken hörbar. Sensibilitätsverhältnisse linkerseits unverändert.

5. Die anästhetische Zone rechts am Rumpfe ist schwächer ausgesprochen; vorne ist hauptsächlich Analgesie, seitlich und hinten nur tactile Anästhesie mit Hyperästhesie gegen faradischen Strom vorhanden. Heute empfindet Pat. innerhalb dieser Zone ein Gefühl von Brennen, Stechen, Beissen.

9. Das linke Bein schwitzt sehr stark.

19. Seit dem 12. schwitzt das linke Bein nicht mehr, dagegen friert das rechte leicht. Letzteres hat an Kraft gewonnen, Stehen, Gehen, Laufen geschieht besser und sicherer, als bisher.

März 5. Die geringgradige Ataxie äussert sich nur noch darin, dass der rechte Fuss etwas stampfend auf den Boden gesetzt wird. Das linke Bein schwitzt einwenig bisweilen, aber nur unterhalb des Knies. Links auf dem Fussrücken völlige Analgesie, am übrigen Fuss und am Unterschenkel noch stark, am Oberschenkel ein wenig herabgesetzte Schmerzempfindlichkeit; tactile Reize werden am Fuss und Unterschenkel ziemlich gut, am Oberschenkel fast normal empfunden. Linke Hodensack und Penishälfte noch völlig anästhetisch gegen alle Reizqualitäten. Rechts am Rumpfe in der anästhetischen Zone Gefühl von Stechen, besonders hinten; seit ca 2 Wochen will Pat. bisweilen auch linkerseits vorne in entsprechender Höhe ein ähnliches Stechen verspürt haben.

März 12. Pat. klagt über ein Gefühl von Zusammenziehen und Kitzeln in der Haut über dem linken Knie und der linken Wade, welches eintritt, sobald er sich aus sitzender Stellung erhebt, im Gehen jedoch schwindet, wobei während der ersten Schritte beide Kniee leicht einknicken.

Ende März 1893 verliess Pat. das Spital, um nach einer Woche zu seinem Handwerke zurückzukehren.

Mai 21. 1893. Seit dem Austritt ist das rechte Bein allmählich noch stärker und sicherer geworden, es wird kaum merklich nachgezogen. Spasmen sind nicht vorgekommen, ebensowenig Parästhesien. Sensibilitätsverhältnisse zeigen denselben Befund wie am 5. März. Die Blasenstörung äussert sich doch noch darin, dass, sobald Harndrang auftritt, er sofort befriedigt werden muss, selbst auf noch so kurze Zeit nicht unterdrückt werden kann.

Eine am 7. Januar 1895 vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes:

Pat. klagt über bedeutende Schwäche im rechten Beine; er kann ohne Beschwerden eine Strecke von höchstens 1½ Werst zu Fuss zurücklegen; ist er gezwungen weiter zu gehen, so tritt ein bis zu Schmerzen sich steigerndes Müdigkeitsgefühl im rechten Beine ein, welches noch am folgenden Tage anhält. Nach längerem Sitzen fällt das Aufstehen schwer infolge Steifheit des rechten Beines, welche sich nach einigem Umhergehen giebt. Beide Beine sollen nur nach Ermüdung schwitzen, hauptsächlich an den Unterschenkeln; das rechte Bein soll leicht frieren. Koth- und Urinentleerung sollen normal ohne jegliche Sensationen von Statten gehen, ebenso Erection, Copulation und Ejaculation.

Objectiver Befund: Rechte Scapula steht vom Rumpfe ab. Die Wirbelsäule in ihrem oberen Dorsaltheil etwas verkrümmt mit der Convexität nach rechts. Das rechte Bein wird ohne Spasmen etwas nachgeschleppt; es fühlt sich viel kühler als das linke an; seine relative Atrophie gegenüber dem linken Beine hat zugenommen, was die Umfangsmessungen bestätigen (Mitte des Oberschenkels rechts 36,0 cm, links 38,5 cm; Mitte der Wade rechts 28,5 cm, links 31,0 cm). Am rechten Oberschenkel sind die Extensoren etwas, die Flexoren sehr viel, die Adductoren bedeutend schwächer, als die entsprechenden Muskelgruppen der linken Seite. Im Sitzen sowohl wie im Liegen tritt von Zeit zu Zeit spontanes Zittern (Vibriren der Muskeln) im rechten Bein auf, am auffälligsten im Oberschenkel. Diese Erscheinung will Pat. seit ca. 2 Monaten beobachtet haben; sie ist unabhängig von Anstrengungen, zeigt sich bisweilen frühe morgens beim Erwachen. — Sensibilität: 1) Tactile Empfindlichkeit im ganzen linken Beine herabgesetzt, an der Plantarfläche der Zehen völlig erloschen. Am Rumpfe werden innerhalb der früheren Grenzen leise Berührungen nicht empfunden. Im früher anästhetischen Gürtel rechts um den Thorax findet sich jetzt Herabsetzung dieser Empfindungsqualität nur von der Mitte des Sternums bis zur hinteren Axillarlinie, aber in derselben Breite wie früher. 2) Die Schmerzempfindlichkeit linkerseits am Rumpfe wie am Beine in früherer Weise herabgesetzt, besonders stark an der Plantarfläche der Zehen. Im Gürtel rechterseits lassen sich jetzt nur 2 analgetische Plaques nachweisen, der eine dicht unterhalb der Brustwarze, etwa einem Fünfkopekenstück an Grösse entsprechend, der andere in der Gegend des unteren Scapularwinkels, von der Grösse ungefähr eines kleinen Handtellers. 3) Thermoanästhesie linkerseits noch stark ausgesprochen, am schwächsten an der Innenseite des Oberschenkels; die obere Grenze geht jetzt für diese Qualität nicht weiter hinauf, als für die anderen. Entsprechend den rechtsseitigen analgetischen Plaques fehlt auch jegliche thermische Empfindung, in den übrigen Partien des Gürtels ist sie deutlich herabgesetzt. — Die linke Penishälfte ist für alle Reizqualitäten völlig anästhetisch; der linke Hoden ist viel weniger druckempfindlich, als der rechte. — Hyperästhesie ist nirgends nachweisbar. Das Lagegefühl ist im rechten Beine noch etwas schwächer als im linken, doch bei weitem nicht so schlecht wie zu Beginn. — Der Patellarreflex rechts sehr gesteigert, links sehr lebhaft. Kein Fussclonus. Alle Hautreflexe links schwächer als rechts. — Schwanken bei Augen- und Fussschluss. Beim Gehen keine ataktischen Erscheinungen bemerkbar, sie sollen seit ca. einem halben Jahre geschwunden sein. — Die elektrische Prüfung ergiebt: a) Faradische Erregbarkeit, directe wie indirecte, am rechten Beine etwas schwächer als am linken (langsamere Contraction); b) galvanische Erregbarkeit an den Oberschenkeln normal, beiderseits gleich direct und indirect; am rechten Unterschenkel ist sie indirect im Vergleich zum linken erhöht.

Das geschilderte Krankheitsbild stimmt so sehr mit dem einer experimentellen Durchschneidung einer Rückenmarkshälfte überein, dass in differential-diagnostischer Hinsicht wohl kaum Etwas angeführt zu werden braucht. Der in den ersten Tagen nach der Verletzung gehegte Verdacht auf traumatische Neurose (namentlich auch mit Rücksicht auf die Nationalität des Pat.) musste angesichts des typischen Symptomencomplexes aufgegeben werden.

Aus der an der frischen Wunde constatirten Schnittrichtung, aus der Lage der Narbe und aus den Erscheinungen seitens des Nervensystems lässt sich folgern, dass das Messer, mit der Schneide nach oben und links gerichtet, zwischen zwei Wirbelbögen, oder einen solchen durchtrennend, auf der Höhe der Abgangsstelle des 4. und 5. rechten Dorsalnerven, welche in topographischer Beziehung dem 3. proc. spin. dors. sowie dem Spatium zwischen ihm und dem 4. entspricht, nach völliger Durchschneidung der obigen hinteren Wurzeln in den rechten hinteren Quadranten des Rückenmarks gelangte, und zwar hieselbst die Hinter- und Seitenstränge zum grösseren Theile lädirte sowie wahrscheinlich bis in die graue Substanz vordrang, wofür das stärkere Hervortreten der Schmerz- und Temperatursinnstörung sprechen würde. Die Niveaudifferenz an der linken Rumpfhälfte zwischen der Störung der thermischen und der der anderen Empfindungen lässt sich aus der schrägen Schnittführung erklären, indem die graue Substanz des Rückenmarks in einem höheren Niveau durchtrennt wurde, als die weisse, ohne dass man eine verschieden hohe Kreuzung der Bahnen für die verschiedenen Empfindungen anzunehmen braucht. Die anfängliche rasch vorübergehende motorische Lähmung auch des linken Beines kann am ungezwungensten auf eine geringfügige, schnell resorbirte Blutung in den Wirbelcanal zurückgeführt werden, wenn sie nicht als klinischer Beweis dafür gelten darf, dass die an Thieren experimentell bereits sicher nachgewiesene zweitmalige partielle Kreuzung der motorischen Bahnen im Rückenmarke auch beim Menschen stattfindet.

Die Prognose, welche beim Eintritt ins Alexanderhospital quoad valetudinem completam als günstig bezeichnet werden konnte in Anbetracht von Berichten über völlige Heilungen in der Literatur, hat sich leider nicht in vollem Umfange bewahrheitet. Fast 2½ Jahre nach der Verletzung lässt sich doch nur eine Heilung mit Defect feststellen, ja einzelne Erscheinungen, die Parese der rechtsseitigen Rumpfmuskeln, das in letzter Zeit auftretende Zittern und die zunehmende Atrophie des rechten Beines mit veränderter galvanischer Reaction am Unterschenkel, die neuerdings nachweisbare totale Anästhesie an den Plantarflächen der linken Zehen, lassen die Befürchtung wach werden, dass sich an die Verletzung des Rückenmarks eine langsam fortschreitende Degeneration desselben geschlossen hat.

Aus dem Evangelischen Hospital in Odessa.

Klinische Mittheilungen

Von

Dr. H. Thomson.

IV. Vaginale Köliotomie bei Adnexerkrankungen des Uterus.

Die vaginale Eröffnung des Peritonealraumes zum Zweck der Entfernung der Adnexe ist von Dührssen[1]) unter dem Namen der vaginalen Köliotomie in die Praxis ein-

[1]) Berl. klin. Wochenschrift № 29 1894.

geführt und von ihm in 4 bekannt gegebenen Fällen, von denen 2 mal bei Tubenschwangerschaft[2]), mit Erfolg ausgeführt worden. Bis jetzt sind weitere Publicationen darüber von anderer Seite nicht erfolgt. Mein Fall ist folgender:

M. W., 32 Jahre alt, Russin, leidet seit 11 Jahren, besonders zur Zeit der Periode, an fast beständigen ziemlich starken Schmerzen im Unterleib. Sie ist verheirathet, hat nicht geboren. Die Menses sind regelmässig. — Pat. ist von mittlerer Ernährung. Die Herztöne über der Aorta nicht ganz rein. Lungen normal. Am Uterus und den rechten Adnexen nichts Abnormes. Die linke Tube bis auf Daumenbreite in ihrer ganzen Länge verdickt, das linke Ovarium im Douglas'schen Raum, etwas vergrössert; beide sehr empfindlich. — Da die übrigen Behandlungsmethoden ohne Erfolg blieben, wurde zur Operation geschritten: Unter Aethernarkose ward nach Dührssen das vordere Scheidengewölbe eröffnet, um aber das Operationsfeld noch zugänglicher zu machen, sogleich ein Verticalschnitt fast bis zur Urethra hinzugefügt. Da es schwierig erschien nach Hervorziehen des Uterus die linke etwa 10 Ctm. lange, und ca. 2 fingerbreite rundliche Tube hervorzuholen, so wurde dieselbe allein am Uterusansatz gefasst und allmälig mit den Fingern in die Scheide hervorgezogen, was nicht ganz leicht gelang. Darauf wurde die Tube — Hydrosalpinx — und zugleich auch das vergrösserte Ovarium (kleincystische Degeneration) ligirt und abgetragen, der Stumpf reponirt. Die rechten Adnexe erwiesen sich als gesund; Schluss der Wunde mit Ligaturen; im hinteren Wundcanal wird ein kleiner Jodoformgazestreifen eingeführt. Die Convalescenz war ungestört, die Beschwerden nach der Operation äusserst gering, etwa wie nach einer Operation an der Cervix. Die Pat. erholte sich sehr gut, die Schmerzen waren verschwunden; der Uterus anteflectirt und nach links von ihm eine geringe, nicht schmerzhafte Resistenz.

Die Operation hat zweifellos vor der Entfernung der Uterus-Adnexe per laparotomiam ihre Vorzüge. Vor allen Dingen ist der Eingriff, wie alle vaginalen Eröffnungen der Bauchhöhle, ein ungefährlicherer, die Convalescenz eine kürzere und leichtere, und die unangenehmen Folgen einer Laporotomie, die häufig genug unvermeidlich auftreten, wie Bauchbrüche, Adhäsionsbildungen, bleiben weg Jedoch eins ist zu berücksichtigen, worauf auch Dührssen aufmerksam macht, dass diese Operation im Allgemeinen technisch schwieriger auszuführen ist als diejenige nach Laparotomie. Diesen Eindruck habe auch ich gewonnen. Dennoch wird man in Zukunft mit der grösseren technischen Uebung dieser Operation in geeigneten Fällen häufiger eine Berechtigung zuerkennen müssen.

[2]) Centralbl. f. Gynäk. № 15 1895.

Referate.

Samuel Alexander. Doppelseitige Castration bei Prostatahypertrophie. (New-York med. Journ. LXI Vol., № 19. 11. May 1895).

Im Jahre 1893 schlug Dr. J. W. White in Philadelphia die Castration beider Hoden als Mittel vor, die drohenden Erscheinungen in der Folge von Prostatahypertrophie zu bekämpfen. Er stützte sich dabei auf die von Kirby an Hunden gemachten Versuche, bei denen nach Castration beider Hoden eine rapide Verkleinerung des Prostataumfanges beobachtet wurde.

In demselben Jahre machte Ramm in Kopenhagen unabhängig von White denselben Vorschlag, den er in 2 Fällen mit Erfolg ausgeführt haben will.

Diese Arbeiten erregten Aufsehen und bald berichteten auch andere Aerzte über erfolgreiche Anwendung dieser Methode, es ist jedoch wahrscheinlich, dass verschiedene Aerzte die Operation auch ausgeführt, jedoch ihre Resuate nicht veröffentlicht haben.

Die Thatsache, dass bei mangelhafter Entwicklung des einen Hodens, der entsprechende Theil der Prostata ebenfalls in der Entwicklung zurückgeblieben, ist bereits seit Jahren bekannt, Verf. bestätigt dieses durch einige eigenen Beobachtungen und fügt noch eine Reihe Krankengeschichten hinzu, aus denen ersichtlich, dass bei Patienten, denen vor einiger Zeit wegen Tumoren die Hoden castrirt, in der That die Prostata auffallend geringen Umfang aufweist.

Ferner referirt er kurz die 11 publicirten Fälle, in welchen die Castration wegen Prostatahypertrophie vorgenommen und bespricht sie kritisch, wobei er findet, dass die Beschreibungen der Fälle nicht ausführlich genug, um sich über die Grösse der Prostata vor der Operation, über die Cystitis und den Grad der Blasen-Atonie eine Vorstellung zu bilden, dieses aber sei wichtig, denn man weiss ja, wie auch die Prostatagrösse abnimmt, sobald die Blasenaffection gebessert wird durch Liegenlassen des Pat., flüssige Diät und aseptischen Gebrauch des Catheters.

Verf. ist weit entfernt das Auftreten einer Volumveränderung der Prostata nach doppelseitiger Castration leugnen zu wollen, nur scheint es ihm unwahrscheinlich, dass die Abnahme der Prostata so rapid, in wenigen Tagen oder Wochen nach der Operation eintrete und daher warnt er vor zu grossem Enthusiasmus, resp. vor zu häufigem Ausführen der Operation, die er vorläufig noch als ein physiologisches Experiment, am Patienten ausgeführt, ansieht. O. Petersen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. H. Helferich: Atlas und Grundriss der traumatischen Fracturen und Luxationen. Mit 166 Abbildungen nach Originalzeichnungen von Dr. Jos. Trumpp, München 1895. Verlag von J. F. Lehmann.

Dieses ist der VIII. Band von «Lehmann's medicinischen Handatlanten». Er enthält 64 Tafeln mit erklärendem Text und ausserdem noch auf 126 Seiten einen kurzen Grundriss der Fracturen und Luxationen. Der Hauptvorzug der Abbildungen ist, dass sie nach Präparaten hergestellt sind, die theils aus verschiedenen anatomischen Sammlungen stammen, theils an der Leiche ad hoc hergestellt wurden. Der Atlas wird von jedem Chirurgen, besonders auch von jedem chirurgischen Lehrer, mit grösstem Nutzen zu eigenem Studium und zur Demonstration benutzt werden. Von den Bänden der Lehmann'schen Atlanten-Sammlung, die uns zu Gesicht gekommen sind, scheint uns der vorliegende der beste zu sein. Wir wünschen ihm weiteste Verbreitung.

Wanach.

Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von Prof. Dr. Albert Eulenburg. III. Auflage, Bd. IV (Lieferung 31—40). Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1894.

Dieser Band enthält die Artikel «Brenzcatechin» bis «Cnicin» Er zeichnet sich auch wieder durch sorgfältige Anpassung an die durch den Fortschritt der Zeit bedingten Bedürfnisse aus. Von grösseren neuen Artikeln sind zu nennen: Brillen (Goldzieher) Bronchialstenose, Bronchiektasie, Bronchitis catarrhalis (Aufrecht), Brustdrüse (Albert), Brustfellentzündung (Rosenbach), Brusthöhle (Bardeleben), Brustwunden (Küster), Bubo (Zeissl), Bulbärparalyse (Eulenburg), Canities (Behrend), Carcinom (Birch-Hirschfeld). Zahlreiche gute Illustrationen sind dem Band eingefügt.

Wir hoffen, bald auch den schon erschienenen, uns aber noch nicht zugegangenen V. Band der neuen Auflage der Encyclopädie anzeigen zu können. W.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung am 7. Dec. 1894.

I. Herr Dr. Meyer verliest den Rechenschaftsbericht für das Jahr 1893/94 und übergiebt die Kasse Herrn Dr. Hartge.

II. Herr Kessler: Demonstration dreier myomatöser Uteri (wird veröffentlicht).

III. Herr Hartge: Ueber renale Haemophilie.

Ein 16-jähriger junger Mann, welcher als Kind nur die Masern durchgemacht, im Uebrigen vollkommen gesund ist, leidet seit 1½ Jahren an beständiger Haematurie, keine einzige Urinentleerung ist frei von Blut, morgens etwas weniger, abends und tagsüber etwas mehr. Mikroskopisch sind nur rothe Blutkörperchen zu finden und auch weisse in dem Verhältnisse, wie sie normaliter im Blute vorkommen. Der Urin sieht wie Himbeerwasser aus; das Blut ist also innig gemengt, nie sind Blutcoagula zu finden, wie sie bei Blutungen aus den Harnwegen (Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase, Harnröhre) vorzukommen pflegen. Sonst weist der Patient keinerlei Krankheitssymptome auf, keinerlei Beschwerden oder Klagen, die man auf irgend ein Organ beziehen könnte. Fieber war niemals vorhanden, freies Hämoglobin ebensowenig.

Da nun hier alle gewöhnlichen Ursachen der renalen Haematurie ausgeschlossen werden konnten, wie Geschwülste (Carcinom, Sarcom) Tuberculose, Morbus Brightii, Nierengries oder Nierensteine, ebenso die selteneren Ursachen wie die parasitäre oder tropische Chlorose, Thrombose der Nierengefässe Aneu-

rysmen und Varicen der Nierengefässe, ferner da die Urinentleerungen immer ohne Beschwerden erfolgten, niemals irgend wo Schmerz bestanden hatte, niemals Fieber vorhanden war und in Anbetracht der Beschaffenheit des Urins, welcher Nichts als Beimengungen von reinem Blut zeigt, konnten alle gewöhnlichen Ursachen für Haematurie ausgeschlossen werden, und blieb nur die Annahme einer Haemophilie übrig, d. h. einer auf familiärer hereditärer Grundlage bestehenden Neigung zu Blutungen. Nachfrage in der Familie ergab, dass der ganze mütterliche Zweig mit Varicen und Haemorrhoiden behaftet ist. Die Schwester des Patienten leidet an Nasenbluten und profusen Menstruationen. Zwei Brüder haben auch Varicen, einer von ihnen enorm grosse. Pat. selbst ist im Uebrigen nicht haemophil. Spectroscopische Untersuchung ist nicht gemacht worden. Jegliche Therapie war absolut erfolglos, die Blutung nimmt im Laufe der Zeit eher zu als ab, die Kräfte des Pat. halten sich gut, doch wird bei fortdauernder Blutung schliesslich wohl die Indicatio vitalis da sein. Senator stellte als erster die Diagnose «renale Haemophilie» und liess mit Erfolg die Nephrectomie vornehmen, nachdem per Cystoskop constatirt worden war, dass das Blut in der That nur aus einer Niere stammte. Das ist auch bisher der einzige analoge Fall und wir werden ihn als Richtschnur benutzen d. h. uns mit dem Gedanken vertraut machen müssen, dass nur durch Operation (Nephrectomie) dieser Nierenblutung beizukommen ist. Vorliegender Fall ist ein Beweis der schon früher gemuthmassten Thatsache, dass die Haemophilie rein local auftreten kann und die Quelle der Blutung wie jede andere Blutung chirurgisch beseitigt werden kann und muss.

a) Herr Krüger fragt an in Bezug auf die Angabe der Eiweissgehalt entspreche der Blutmenge, in welcher Weise und nach welchen Methoden derartige Bestimmungen ausgeführt sind. In Bezug auf das specif. Gewicht, ist Krüger der Ansicht, dass es nur durch die Wage bestimmt werden dürfe, da der Harn ganz trübe sei und viele körperliche Elemente suspendirt enthalte.

b) Herr Zoege: Nach Untersuchungen von Schmidt ist die Gerinnbarkeit durch Anaemie wohl gesteigert — relativ jedoch herabgesetzt. Uebrige Blutuntersuchungen haben nichts sicheres ergeben. Die Gefässerkrankung des Ascendenz spiele wohl in Hinsicht der Haemophilie keine Rolle.

c) Herr Hartge: Da der Eiweissgehalt stets ein geringer, so genügte die approximative Abschätzung, welche immer der Blutmenge entsprach, besondere Methoden kämen dabei nicht in Betracht.

Bei chemischen Untersuchungen sei die Wage unerlässlich, klinisch genüge der Urometer vollkommen.

Die Gefässerkrankungen in der Verwandtschaft der mütterlichen Linie seien für den Beweis der hereditären Beeinflussung sehr wohl heranzuziehen, auch bei Haemophilie handle es sich wohl um irgend welche Abnormitäten der Gefässwandungen, welcher namentlich, sei noch nicht bewiesen, nicht einmal die Frage ob allen Bluterkrankungen ein und dieselbe pathologische Abnormität zu Grunde liege. Zum Verständniss der Aetiologie vorliegenden Falls seien die Varicositäten der mütterlichen Ascendenz sehr wohl zu gebrauchen.

IV. Herr Dnd. Feiertag: Neue chemische Untersuchungsmethoden des Mageninhalts (Wird veröffentlicht werden).

Kieseritzky.

Sitzung vom 25. Jan. 1895.

Nachdem der Herr Präsident die Gründe ausführlich erörtert, welche einen Aufschub der Sitzung der medicin. Gesellschaft vom 18. Januar auf den 25. Jan. unumgänglich machten und die Gesellschaft dieselben als gültig anerkannt hatte, hält Herr Zoege seinen angekündigten Vortrag:

Dr. Zoege. **Die ambulante Behandlung der Fracturen an der unteren Extremität.** Nachdem Vortragender darauf hingewiesen, dass der früher allgemein anerkannte Satz, ein Beinbruch gehöre auf 6—8 Wochen in's Bett, auf Grund neuerer Beobachtungen nicht mehr haltbar sei, da ein gut sitzender Contentiv-Verband nach gehöriger Einrichtung das Bein soweit feststellt, dass Bewegungen sehr gut vertragen werden und Pseudarthrosen durchaus nicht zu fürchten sind, vielmehr der Knochen früher zusammenheilt als bei Ruhelage, erwähnt Vortragender die Verdienste Hessings, des Begründers dieser neuen Behandlungsmethode. Hessing brachte schon Beweise dafür bei, dass man mit einem gebrochenen Bein im Contentiv-Verbande herumgehen könne, ohne befürchten zu müssen, dass durch Bewegung der ganzen Extremität Pseudarthrosen entstehen. Ausserdem war es schon seit lange bekannt, dass die beste Behandlung der Pseudarthrosen gerade Herumgehen ist. Nur die extremen Fälle von Fracturen mit Muskelinterposition fallen der Operation zu. Sonst aber nahm man an, dass der Gebrauch der Extremität die Knochenbildung begünstige, ja Helferich schlang nach Operation einer Pseudarthrose um den Oberschenkel einen Gummischlauch, um die venöse Stauung der Extremität beim Gebrauch schon im Bette nachzuahmen. Vortr. führt einen Fall von Pseudarthrose an, dem vier Mal ohne Erfolg die Operation gemacht wurde, erst durch einen Apparat zum Gehen trat Verwachsung ein, ein Beleg dafür, dass die Knochenbildung factisch durch den Gebrauch der Extremität begünstigt wird. Auch physiologisch ist diese Annahme gerechtfertigt, wenn man die Circulationsbedingungen der Knochen berücksichtigt, die in directer Abhängigkeit vom Muskelpumpwerke stehen. Es ist eben nicht blos der erhöhte Blutdruck im abhängigen Körpertheile — wie Helferich ihn zu imitiren suchte, — es ist die physiologische Ernährung die beim Gebrauch die Restitution begünstigt, den provisorischen Callus relativ gering ausfallen lässt, ihn bald zum Schwund bringt und durch einen ebenfalls nicht überreichlichen definitiven ersetzt. Bardeleben's Verdienst ist es, die ambulante Behandlung der Beinbrüche in letzter Zeit in Aufnahme gebracht zu haben. Seine Assistenten Albus und Korsch haben die Technik weiter ausgebildet. Bruns hat gleichfalls schon lange ambulant behandelt, ebenso auch Dombrowski, wie Vortr. privatim erfahren hat. Für die ambulante Behandlung eignen sich alle Fracturen von den Malleolen bis zum Schenkelhals. Am Unterschenkel legt man sofort den Contentiv-Verband an und lässt den Pat. gehen, bei starken Schmerzen kann man bis zum 5. Tage warten, andere lassen ihn trotzdem gehen. Bei Oberschenkelbrüchen im unteren Drittel handelt man ebenso. Im oberen Drittel empfiehlt es sich die völlige Muskelerschlaffung abzuwarten durch Extension bis 14 Tage, oder durch forcirte Extension in Narcose, bis zur Ueberdehnung der Musculatur nach Dombrowski. Bei Gelenkfracturen, wo das Gelenk häufig bewegt und massirt werden soll, muss der Verband abnehmbar sein resp. erneuert werden. Der zweckmässigste Verband ist der Gypsverband, dann Metallschienen und Stützapparate, weniger sicher der Pappschienenkleisterverband, da der Kranke auf letzteren nicht auftreten kann. Hierauf geht Vortr. auf die Vortheile ein, die der direct auf die Haut applicirte Gypsverband bietet, der auch von Korsch empfohlen wird. Er liegt glatter, gestattet sehr genaues Anpassen der Fragmente und die Controlle ihrer Lage, er drückt nie und macht keine Stauung. Der gepolsterte hat immer Unebenheiten die erst hervortreten, wenn die Watte sich zusammendrückt. Wird dieser zu fest angelegt so lastet sein Druck vermöge der Elasticität der Watte viel intensiver auf den Weichtheilen. Der directe Gypsverband liegt überall an und drückt daher auch nicht besonders auf Knochenvorsprünge, ausserdem wird er beim Erhärten weiter, so dass die Gefahr der Abschnürung, wenn man nicht unsinnig stark zieht, nicht besteht. Er soll im Gegentheil ziemlich fest angelegt und namentlich angestrichen werden. Die Haare brauchen nicht rasirt zu werden, ein geringes Einfetten genügt. Auch complicirte Fracturen können je nach der Grösse der Wunde mit Schienen oder Gypsverbänden behandelt werden. Was endlich die Ausdehnung des Verbandes betrifft, so genügt das Immobilisiren des zunächst gelegenen Gelenkes, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Bruch gut eingerichtet ist und der Verband absolut glatt sitzt, also ohne Watte angelegt ist. Häufiges Wechseln des Verbandes soll ferner vor Versteifung des Gelenkes schützen. Die ambulatorische Behandlung der Fracturen ist ein Fortschritt von nicht blos chirurgischer therapeutischer Bedeutung, sondern auch von hoher socialer Bedeutung, da sie den Forderungen der Medicin gerecht wird ohne schwere sociale Schädigung des Kranken (Demonstration von Kranken).

2) Herr Zoege demonstrirt einen Fall von Kopfverletzung mit motorischer Aphasie.

3) Herr Koppel bittet die Collegen um Mittheilung ihnen event. bekannter Fälle von Lepra in der Stadt.

4) Schreiben des Herrn Apotheker Köhler in Betreff der Anschaffung und des Verkaufs des Diphtherie-Heilserums. (Das Schreiben liegt dem Protokolle bei). Die Gesellschaft beschliesst:

1) Die Führung des Depots Herrn Köhler zu übertragen.
2) Der Poliklinik das Serum unentgeltlich zu überlassen.
3) Eine Commission zur Weiterführung dieser Angelegenheit zu wählen. Gewählt wurden Prof. Dehio, Dr. Zoege und der Vorstand der medicinischen Gesellschaft.

4) Herr Kessler verliest ein Druckschreiben an die Redaction de la Revue théorétique et practique des Maladies de la nutrition.

Kieseritzky.

Sitzung am 15. Febr. 1895.

Herr Dr. Brakel hält seinen angekündigten Vortrag: **Ueber die Omphalectomie bei der Radicaloperation der Nabelhernien.**

Vortragender referirt an der Hand zweier Krankengeschichten über ein von Herrn Doctor W. Zoege v. Manteuffel und ihm geübtes Operationsverfahren bei der Radicaloperation von Nabelbrüchen. Unabhängig von einer Publication Condamin's, hat Dr. Zoege folgende Methode in Anwendung gebracht: Die Bruchgeschwulst wird ovalär bis auf das Perito-

neum umschnitten, sodann letzteres im Bereiche des gesetzten Hautschnittes eröffnet und auf diese Weise der gesammte Bruchsack nebst Bruchpforte und eventuellem Inhalt excidirt und vor die Bauchdecken gelagert. Bestehende Adhaesionen werden unterbunden und abgetragen. Der gesetzte Defekt in der Bauchwand wird durch eine 3-fache Etagennaht geschlossen: 1) isolirte Naht des Peritoneums mit Catgut. 2) isolirte Naht der Musculi recti und Fascien mit Catgut; 3) Naht der Haut und des Unterhautzellgewebes mit Silkworm-Knopfnähten. — Keine Drainage. — Trockenverband.

Der Beweggrund zu diesem gewählten Operationsverfahren war ein anatomischer: es musste die Operation recidivsicherer ausfallen, wenn beide Rectusränder durch einen doppelt bogenförmigen Schnitt freigelegt und durch directe Naht vereinigt wurden, zumal wenn mit der dünnen Nabelnarbe resp. den atrophischen Bauchhüllen ein grösseres Stück der ja hier meist fetten Bauchdecken sammt Peritoneum ausgeschaltet wurde. Es musste die Operation aber auch viel einfacher sich gestalten, da eventuelle Adhäsionen im dünnen Bruchsack einfach durch die Schnittführung umgangen wurden.

Letzteres liess sich namentlich im 2. Fall nachweisen, wo es sich um eine kindskopfgrosse Bruchgeschwulst irreponibler Art handelte, in deren Bruchsack das gesammte Netz und ein Stück Colon transversum sich durch feste derbe Adhäsionen adhärent erwies.

Das Verfahren der 3 fachen Etagennaht, wie sie auch von Condamin angegeben und geübt wird, bietet bedeutende Vortheile gegenüber dem bisherig geübten, wonach die gesammte Bauchwand durch einfache Knopfnähte geschlossen wurde. — Das ist anatomisch sehr wohl erklärlich: Fasst man bei der einfachen Bauchnaht viel Peritoneum mit, so kann es beim Knüpfen der Suturen zwischen die Muskeln zu liegen kommen und deren narbige Vereinigung hindern. Fasst man wenig Peritoneum oder sind die Bauchdecken sehr dick und fett, so können die Wundränder trotz exacten Liegens in den oberen Schichten in den tieferen klaffen, deshalb eine Vorstülpung des Peritoneums gestatten. Ferner bildet die Knopfnaht beim Schluss stets annähernd einen Kreis, in deren Mitte die Theile weniger gut liegen, auch wenn hier mehr Gewebe mitgefasst wird. — Die Etagennaht giebt sicherlich weniger Veranlassung zu Recidiven, namentlich wenn die Musculi recti gut an einander genäht worden sind. — Dass es trotzdem zu Recidiven im Bereiche des Laparotomieschnittes kommen kann, hat seinen Grund in anderen Ursachen: Sind die recti sehr reducirt und atrophisch, oder gar fettig degenerirt, von Fett durchwachsen, so kann es natürlich zu Recidiven kommen, dadurch dass einmal eine Naht nicht hält oder der Muskel sich dehnt.

Die Methode der ovalären Omphalectomie bei der Radicaloperation der Nabelbrüche mit 3 facher Etagennaht ist als entschiedener technischer Fortschritt zu begrüssen, der auch unter schwierigen Verhältnissen eine wesentliche Vereinfachung und Erleichterung nach jeder Richtung hin dem Operateuren an die Hand giebt; dass sie die Recidive um eine bedeutende Zahl verringern wird, scheint wahrscheinlich, dieselben aber ganz aus der Welt schaffen dürfte ihr kaum gelingen.

Herr Truhart bittet um Auskunft darüber, ob die vom Redner befürwortete neue Operationsmethode bei Nabelhernien ihre Indication wesentlich nur bei schon durch den Bruch selbst, resp. durch vorausgegangene Schwangerschaft etc. erweiterten und erschlafften, oder auch bei jugendlichen Individuen, resp. bei Kindern mit strammer Decke finde.

Herr Dr. Kessler fragt, in wie weit etwa aus dem ersten Lebensalter verbliebenes Offenbleiben resp. nicht Eingetretensein normalen Verschlusses der Nabelöffnung bei den Nabelbrüchen Erwachsener eine Rolle spiele? oder ob die Adipositas allein dafür verantwortlich gemacht wird?

Herr Dr. Brakel: Bei jugendlichen Individuen würde die Operation nicht absolut von Nöthen sein, weil eine directe Incision auf den Bruchsack und Excision der Peritonealvorstülpung mit nachträglicher Vernähung der Bruchpforte genügen würde, um ein Recidiv zu verhindern. Im Uebrigen würde auch bei Erwachsenen mit strammen Bauchdecken die Methode insofern gute Dienste leisten, als sie eine Freilegung der Recti bedingt, die durch die Naht vereinigt der Narbe einen festen Halt giebt, daher ein Recidiv weniger befürchtet werden darf.

Die Nabelhernien Erwachsener entstehen meist in Folge mechanischer Einflüsse. Das Offenbleiben des Nabelringes spielt dabei eine kleine Rolle denn der fibröse Ring ist dem Austreten der Eingeweide ein Hinderniss genug, wenn nicht durch pathologische Processe (Atrophieen, fettige Degeneration) eine Schwächung bedingt worden ist. Namentlich allgemeine Adipositas spielt bei den Nabelhernien einen grossen Einfluss, insofern durch Zug des Hängebauches als auch durch Degeneration eine Schwächung und Nachgiebigkeit des fibrösen Ringes bedingt wird. Kieseritzky.

Sitzung vom 1. März 1895.

Dr. Lunz hält seinen angekündigten Vortrag: Die Erkrankung der kleinen Gefässe bei der Syphilis. (Wird in der Petersb. Medic. Wochenschrift veröffentlicht werden.)

Dr. Koppel bittet um Auskunft darüber, wie es zu erklären ist, dass, da sowohl das Virus der Syphilis als auch das der Lepra von der primär afficirten Stelle durch Vermittelung des Blutes im Körper verbreitet wird, und es sich, wie Vortragender angegeben, besonders in den Capillaren festsetzt, die Prädilectionsstellen für die secundären und tertiären Affectionen bei beiden Krankheiten verschiedene sind. Bei der Lepra werden vom Virus diejenigen Capillaren bevorzugt, in denen der Blutkreislauf durch äussere Umstände besonders verlangsamt ist, und da bei der Syphilis dieselben Gefässe zuerst ergriffen werden, welches ursächliche Moment eine Rolle spiele?

Dr. Hohlbeck fragt, ob bei der Syphilis auch entzündliche Infiltration vorkomme oder nur die beschriebene Periarteritis? und ob die bindegewebige Verdickung der Gefässwand nicht nur eine weitere Entwickelung des umgebenden Granulationsgewebes darstellte?

Dr. Lunz: Die Ursache der Prädilection lässt sich vorläufig nicht entscheiden. Die frühzeitige Affection des Blutes bei der Syphilis lässt vermuthen, dass das Virus bei dieser Krankheit mehr vom Blute aus wirkt, als bei den anderen ähnlichen Affectionen. Eine Infiltration in der Umgebung der Gefässe kommt wohl vor, ebenso wie bei jedem anderen Granulationsgewebe, was das Primäre bei der Syphilis ist, die Affection der kleinen Gefässe oder die Infiltration in deren Umgebung, kann Vortragender nicht mit Sicherheit entscheiden, glaubt aber auf Grund der referirten Befunde annehmen zu dürfen, dass das Virus zuerst auf die Wandung der kleinen Gefässe seine Wirkung ausübt. Kieseritzky.

Sitzung vom 15. März 1895.

1) Dr. Kieseritzky stellt einen Kranken vor, 26 Jahre alt, von kräftigem Körperbau, der bisher stets gesund gewesen ist, keine Lues gehabt und keine Verletzung erlitten hat. Der Pat. datirt seine Krankheit vom Juni vorigen Jahres, wo er plötzlich auf einem Spaziergange von einem Krampfe im rechten Beine befallen wurde, sodass er bewusstlos niederfiel, nach dem Erwachen hatte er Kopfschmerzen. Am 3. Tage wiederholte sich der Anfall in gleicher Weise. Darauf trat der Anfall nach zwei Monaten auf und soll den ganzen Körper ergriffen haben, und sich mehrere Male wiederholt haben. Seit Anfang dieses Jahres ohne nachweisbare Veranlassung trat eine plötzliche Verschlimmerung der Krankheit auf, wobei sich aber der Charakter der Anfälle änderte. Die Anfälle häuften sich bis 20 und mehr am Tage, doch wird jetzt nur das rechte Bein bis zum Hüftgelenk ergriffen, wobei Pat. das Gefühl von Hitze in der ganzen rechten Körperhälfte und ein Gefühl von Vertaubung in der rechten Hand hat. Der Krampf beginnt mit einem Gefühl von Unbehagen, darauf treten tonische Krämpfe in allen Muskeln der unteren Extremität auf, das Bein wird im Kniegelenk gestreckt, der Fuss medianwärts eingezogen, zum Schluss treten einige klonische Zuckungen auf und nach ca. 30 Sec. ist der Anfall vorüber. Das Sensorium ist frei. Der Gang ist ausgesprochen paretisch, die Musculatur im Vergleich zu links etwas atrophisch. Kopfschmerzen vorhanden. Auf Grund obiger Symptome stellte Vortragender die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Gehirntumor.

2) Dr. Kessler demonstrirt im Anschluss an frühere Demonstrationen ungewöhnlicher Scheidenpessare in dieser Gesellschaft ein aus Glas gefertigtes; dasselbe brach unmittelbar, nachdem er dasselbe aus der Vagina eines 25-jährigen Mädchens entfernt hatte, in zwei Hälften. An den Bruchflächen sieht man, dass hier schon längere Zeit Sprünge bestanden haben müssen, da diese Flächen durch eingedrungenes Secret trübe geordene Flecke aufweisen. Die Ränder der Bruchflächen sind zum Theil zackig und schneidend scharf und würden zweifelsohne wenn das Pessar über kurz oder lang in der Vagina liegend auseinander gegangen wäre, zu schweren Verletzungen geführt haben. Dieses sonst so vorzügliche Material erscheint also für Scheidenpessare in hohem Grade ungeeignet.

3) Herr Kessler demonstrirt mikroskopische Präparate von partieller Obliteration der Uterushöhle über einem submucösen Myom, der in der Sitzung vom 7. December 1894 vorgestellten Jüdin. Die Schleimhaut der hinteren Wand des Uteruskörpers über diesem Myom, ist vollkommen atrophisch, auf eine dünne Schicht Bindegewebe reducirt, weder von Epithel noch von Drüsen ist eine Spur mehr vorhanden; auch an der gegenüberliegenden Fläche der vorderen Wand fehlt das Epithel, die Schleimhaut ist dünner als normal resp. als an den von der Veränderung nicht betroffenen Partien der Uterushöhle, die Drüsengänge sind sehr kurz, wie plattgedrückt. Die die Obliteration zunächst umgebende Zone der Schleimhaut ist von kleinen runden Zellen stark infiltrirt.

4) Herr Lunz demonstrirt Darmpräparate (folliculäre Enteritis), welche eine Schwellung nicht nur der solitären Follikeln sondern auch der Peyer'schen Plaques zeigen, und dem Befunde bei Typhus abdominalis sehr ähnlich sehen. Die Patienten sind an intercurrenten Krankheiten gestorben, nachdem sie kurz vor dem Tode Influenza durchgemacht hatten. Typhussymptome sind mit Sicherheit ausgeschlossen.

5) Herr Lunz demonstrirt ein Ovarialcarcinom mit Durchbruch in das Rectum.

6) Der Secretair legt ein Röhrchen vor, das zur Entnahme von Diphtherieschleim dienen soll behufs Uebersendung zur bacteriologischen Untersuchung.

Die Gesellschaft beschliesst die Begutachtung der Diphtherieserum-Commission zu überweisen.

7) Die nächste Sitzung wird auf den 19. April 1895 festgesetzt.

Kieseritzky.

Sitzung vom 19. April 1895.

1) Dr. Kieseritzky stellt einen Patienten mit Morbus Addissoni vor.

2) Prof. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Ausbreitung der Lepra auf der Insel Oesel. (Wird veröffentlicht werden.)

Zur Discussion bemerkt Herr Ströhmberg: Die werthvolle auf objectiver Beobachtung der Thatsachen beruhende Mittheilung kann kaum zu Widerspruch Veranlassung geben und weist uns den Weg, auf welchem wir vielleicht zu einer historischen Erforschung der vor Zeiten hier sehr verbreitet gewesenen dann erloschenen und wohl etwa seit der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts in den baltischen Provinzen wieder aufgetretenen Lepra gelangen könnten.

Es wäre nicht unmöglich, dass weitere Forschungen den aetiologischen Einfluss der Nahe grösserer Wasserflächen zum Wohnorte in der Weise erklären würde, dass die athmosphärischen Einflüsse und die Lebensweise unter solchen Verhältnissen das Hautorgan zur Invasion der Leprabacillen prädisponire.

3) Dr. Jürgensonn wird zum Mitglied proponirt.

4) Wahl eines Mühewalters der neu eingerichteten Bibliothek.

Kieseritzky.

Zuschrift an die Redaction.

— Die russische Gesellschaft zur Bewahrung der Volksgesundheit bittet uns um Aufnahme folgender Mittheilung:

Am 2./14. Mai 1896 vollenden sich 100 Jahre seit dem ersten wissenschaftlichen Versuch der Schutzpockenimpfung, die Jenner unternahm. Dieses bemerkenswerthe Ereigniss hatte so wichtige Folgen für die Rettung der Menschen von der schrecklichen Pockenkrankheit und für die Entwickelung der gegenwärtigen Methode der Behandlung vieler Krankheiten (Tollwuth, Milzbrand, Diphtheritis etc.), dass in allen Culturländern die Regierungen oder gelehrte Gesellschaften sich zur Feier der Jenner'schen Entdeckung im nächsten Jahr rüsten. In Russland hat die Gesellschaft zur Bewahrung der Volksgesundheit beschlossen, diese unschätzbare Entdeckung durch gelehrte Arbeiten und die Zusammenstellung eines historischen Ueberblicks über die Entwickelung der Pockenimpfung in Russland besonders hervorzuheben.

Der Vorstand der Gesellschaft bat durch seinen Ehrenpräsidenten, Seine Kaiserliche Hoheit den Grossfürsten Paul Alexandrowitsch, Seine Kaiserliche Majestät um die Erlaubniss, das erwähnte Jubiläum feiern zu dürfen. Am 27. April erfolgte die Allerhöchste Genehmigung des Bittgesuchs der Gesellschaft:

1) Vier Prämien für die besten Arbeiten über Pockenimpfung zu bestimmen.

2) Unter Mitwirkung von Regierungs-, Landschafts-, städtischen Institutionen und von Privatpersonen Materialien zur Entwickelungsgeschichte der Pockenimpfung in Russland in Verbindung mit einer kurzen Geschichte dieses Gegenstandes in West-Europa zu sammeln und herauszugeben.

3) In russischer Uebersetzung die Schriften Jenners herauszugeben (mit seiner Biographie, Porträt und Zeichnungen).

4) Eine Ausstellung von die Pockenimpfung betreffenden Gegenständen zu veranstalten.

5) Eine feierliche Generalversammlung am Tage des hundertjährigen Jubiläums der Jenner'schen Entdeckung einzuberufen.

Der Ausschuss der Gesellschaft wendet sich mit der dringenden Bitte an alle Institutionen, Aerzte und Privatpersonen, ihr behülflich zu sein und Materialien, Mittheilungen und überhaupt Daten und Gegenstände, welche die Pockenimpfung betreffen, der Kanzellei der Gesellschaft (С.-Петербургъ, Дмитровскій пер. 15) zuzustellen, ohne auf den Umfang des Materials und der Mittheilungen oder ihre etwaige Unvollständigkeit Rücksicht zu nehmen. Alles Eingesandte wird mit Dank entgegengenommen, wobei die Namen der Institutionen und Personen, welche irgend welche Sendungen gemacht haben, in der Jubiläumsschrift gedruckt werden. Es ist wünschenswerth die Materialien zum December dieses Jahres zu erhalten. Die Concursbedingungen werden besonders publicirt werden

Vermischtes.

— Der Professor der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie J. P. Pawlow übernimmt als Nachfolger von Prof. Tarchanow den Lehrstuhl der Physiologie an derselben Academie.

(Medicina).

— Der Professor der allgemeinen Pathologie in Charkow, S. D. Kostjurin ist auf den Lehrstuhl der Pharmakologie an der militär-medicinischen Academie berufen worden.

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, G. Skoritschenko soll, wie die «Medicina» erfährt, zum ausserordentlichen Professor für Geschichte und Encyclopädie der Medicin ernannt werden.

— Der Privatdocent der militär-medicinischen Academie, P. A. Walther ist an Stelle des Ehren-Leibchirurgen Prof. Weljaminow zum Oberarzt des städtischen Roshdestwenskischen Barackenlazareths und Director der bei diesem Lazareth bestehenden Schule der Arztgehilfinnen ernannt worden.

(Wratsch.)

— Die Privatdocenten der Moskauer Universität A. K. Roth. (Nervenkrankheiten und Psychiatrie) und J. K. Spisharnij (Chirurgie) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Gerüchtweise verlautet, dass an Stelle von Prof. Kostjurin, der nach Petersburg versetzt ist, Prof. Reprew aus Tomsk auf das Katheder der allgemeinen Pathologie in Charkow berufen ist.

(Wratsch).

— Verstorben: Der Oberarzt des Stadtkrankenhauses in Tiflis, Dr. med. Marcus Hohlbeck am 10. Juni. Der Verstorbene war 1838 in Dorpat geboren, wo er auch seine Studien beendete.

— Der Docent der Warschauer Universität N. J. Muchin ist zum Professor der speciellen Pathologie und Therapie daselbst ernannt.

(Medicina).

— An Stelle des zurückgetretenen Hofraths v. Dittel ist Prof. Englisch zum Leiter der III. chirurgischen Klinik im Wiener allgemeinen Krankenhause ernannt worden.

— An Stelle Prof. Woelfler's ist Prof. Nicoladoni (bisher in Insbruck) als Director der chirurgischen Klinik in Graz berufen.

— In Heidelberg ist der ordentliche Honorarprofessor und Director des Instituts für Ohrenkranke Dr. Moos gestorben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Juli d. J. 6319 (52 mehr als in d. Vorw.), darunter 522 Typhus — (65 mehr), 717 Syphilis — (5 mehr), 64 Scharlach — (1 wenig.), 34 Diphtherie — (1 wenig.), 39 Masern — (5 wenig.), und 13 Pockenkranke — (1 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis 15. Juli 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
320	292	612	178	63	101	7	5	25	45	42	41	34	37	24	7	3,

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 12, Scharlach 7, Diphtherie 11, Croup 2, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 5, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 1, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 130, Todtgeborene 20.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

BAD WILDUNGEN.

Die Hauptquellen: **Georg-Viktor-Quelle** und **Helenen-Quelle** sind seit lange bekannt durch ihre Wirkung. Versand 1894 über 767,000 Flaschen. Aus keiner der Quellen werden Salze gewonnen; das im Handel vorkommende **angebl. Wildunger Salz** ist nur ein künstl. **zum Theil unlösliches** und nahezu werthloses Fabrikat. Schriften gratis. Anfragen über das Bad und Wohnungen im **Badelogirhause** und **Europäischen Hof** erledigt:
(45) 8—7 **Die Inspection der Wildunger Mineralquellen-Actien-Gesellschaft.**

Bahnstation Muszyna-Krynica von Krakau 8 Std.
» Lemberg 12 Std.
» Budapest 12 Std.

Kur-Anstalt
KRYNICA (in Galizien)
reichhaltigster Eisensäuerling.

Post loco drei Mal des Tages Telegraphenstation Apotheke.

in Karpathen 590 mtr. Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. — **Cur-Mittel:** Subalpines Klima, eisenhaltige an Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder (Im J. 1894 wurden über 40000 erfolgt) Moorbäder mittelst Dampf erwärmt i. J. 1894 erfolgt 16000) Gasbäder aus purer Kohlensäure. **Hydropatische Anstalt** unter der Leitung des Dr. H. Ebers (im J. 1894 wurden über 28000 Proceduren ertheilt). Das Trinken der in- und ausländischen Mineralwässer; Molke, Kefir, Heil-Gymnastik. Fluss-, Douche- u. Wellenbäder. Brunnenarzt Dr. L. v. Kopff ordinirt bleibend während der ganzen Bade Saison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 11 frei prakticirende Aerzte. **Anlagen u. Spaziergänge** Grosser Nadelholzpark musterhaft erhalten, nähere und weitere Ausflüge in die anmuthigen Karpathen. Gesellschafts-Spiele (Croquet, Lawn tennis etc.) Wohnungen über 1500 Zimmer comfortabel eingerichtet mit completten Bettzeug, Bedienung, electrischen Glockenzügen, mit Heizöfen etc. Röm. u. gr.-kath. Kirchen. Prachtvolles Curhaus, mehrere Restaurants, mehrere Privatpensionate, Milchnerei, Zuckerbäckereien. Musik-Orchester unter Leitung des A. Wronski seit 21. Mai Ständiges Theater, Concerte. Photogr. Atelier «Marie» aus Lemberg. Frequenz im J. 1894: 4650 Personen. **Die Saison vom 15. Mai bis 30. Sept.** In Mai, Juni u. Sept. die Preise d. Bäder, Wohnungen und der Kost in dem Haupt-Restaurant billiger. Der Mineralwasser-Versandt vom April bis Nov. Depots in grösseren Städten des In- und Auslandes. Ueber Verlangen ertheilt Auskünfte
(73) 6—6 **Die kais. königl. Brunnen-Verwaltung in Krynica (Galicien).**

Medicinischer Verlag von GEORG THIEME in Leipzig.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

OBER SALZBRUNN — SCHUTZ-MARKE

Als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet. Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch (83) 10—4
Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunnen
FURBACH & STRIEBOLL, Salzbrunn in Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken u. Mineralwasser-Handlungen

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(90) 26—2.

SOURCES DE L'ÉTAT
VICHY
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL
Avoir soin de désigner la Source

Dr. med. C. Beste **Bad Nauheim.**

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.
Soeben erschien:

Diagnostik
der
Krankheiten der Bauchorgane
von Professor Dr. **H. Leo**
Zweite vermehrte Auflage
1895. gr. 8. Mit 45 Abbildungen. 11 Mark.
(96) 1—1.

Изданіе К. Л. Риккера, въ С.-Петербургѣ, Невскій пр., 14.

КАѲЕДРА И МУЗЕЙ НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМІИ
при Императорской Военно-Медицинской (бывшей Медико-Хирургической) Академіи въ С.-Петербургѣ,

ЗА СТО ЛѢТЪ.

ИСТОРИЧЕСКІЙ ОЧЕРКЪ
А. Таренецкаго,
Орд. Профессора при Императорской Военно-медицинской Академіи
съ 11-ю рисунками въ текстѣ и съ 4-мя планами.
1895. (XXIV. 343 р.) Цѣна 3 рубля, съ перес. 3 р. 40 к.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Дозв. ценз. Спб. 24 Іюля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, 29. (10. August) Juli **1895**

Inhalt: Dr. med. Alfred Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder bei 30° R. — Referate: J. Mikulicz (Breslau): Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedowscher Krankheit. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Wohnungsänderung.

Dr. med. **Rudolf Wanach** bittet, vom 1. August a. c. an alle die Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift betreffenden Mittheilungen, Manuscripte etc. an seine neue Adresse: St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital, zu schicken. Sprechstunden am Montag, Mittwoch und Freitag, 2—3 Uhr Nachmittags.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. *)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Fall XII.

33-jährige Kranke. Vor 6 Monaten acute, nicht näher definirte Erkrankung. Seitdem Beschwerden von Seiten des Herzens. Vor 2 Monaten Oedem am ganzen Körper. Verstärkung des Herzklopfens und der Athemnoth. In letzter Zeit auch Kopfschmerz, Schwindel und Erbrechen. — Bei der Aufnahme nur leichte Cyanose, Anasarca communis, grosse Stauungsleber. Brustkorb und Lungen nicht erweitert. Herzdämpfung 2 Querf. über den rechten Sternalrand, links bis zur mittleren Axillarlinie. Während des Exspirium deutlich fühlbarer diastolischer Klappenstoss im 2 linken IR. Herzspitzenstoss im 6 IR. verstärkt. Hier hörte man in beiden Körperhaltungen ein systolisches Geräusch ohne Ton. Ueber dem ganzen Brustbein ein diastolisches und am Ursprung der Aorta ein ganz kurzes systolisches Geräusch. Töne des rechten Herzens rein. Zweiter Aortenton nicht hörbar. Starke, exquisit schnellende Pulsation aller sichtbaren Arterien. Ungewöhnlich hohe Arterienspannung. Lautes Arterientönen. Arteriosclerose palpatorisch nicht nachweisbar.

Während der 2-wöchentlichen Beobachtung stets geringe Harnmengen von hohem spec. Gewicht und Albumingehalt (bis 0,3 pCt.); in deren Sedimenten neben vereinzelten weissen und ausgelaugten rothen Blutkörperchen sehr viel körniger und hyaliner, wenig Epithelcylinder. Das Oedem nahm zu. Stärkere Dyspnoe und feinblasiges Rasseln nach plötzlich aufgetretenen suffocatorischen Anfällen schwanden sofort nach Digitalis.

Der Tod erfolgte eine Woche nach dem Austritt aus meiner Behandlung. Die Section wurde aus von mir unabhängigen Gründen unterlassen.

Es ist möglich, dass Aortenklappeninsufficienz und Nephritis beide gelegentlich der vor 6 Monaten erfolgten acuten Erkrankung gleichzeitig erworben wurden. Es ist aber auch möglich, dass der Klappenfehler schon früher bestanden hatte, und dass er erst vor 6 Monaten, nach Hinzutreten der Nephritis, entdeckt wurde. Das Offenbleiben dieser Frage vermag übrigens den Werth dieser Krankengeschichte nur in geringem Grade zu schmälern. Schon allein die Thatsache, dass ein höherer Grad von doppelseitiger Nephritis von einem mit schlussunfähigen Aortenklappen behafteten Herzen einige Monate hindurch ertragen werden konnte, ist sehr beachtenswerth. Man bedenke nur, dass ja die im Gefolge der Nierenerkrankung im Aortensystem aufgetretene Spannungszunahme ihre volle Rückwirkung gleichfalls auf den linken Ventrikel entfaltete, der schon ohnedem den Defect des Aortenventils von sich allein aus zu compensiren hatte.

Spannungszunahme im Aortensystem als Folge von Widerstandsvermehrung im Strombett der Nieren und gesteigerte Leistungsgrösse des linken Ventrikels sind ja von einander abhängige Werthe, deren Wechselbeziehungen schon durch die Traube'sche Lehre klargelegt worden sind. Es ist aber festzuhalten, dass bei allen im arteriellen System des grossen Kreislaufs vorkommenden Drucksteigerungen der linke Ventrikel allein belastet wird, während der rechte Ventrikel dabei in keiner Weise betroffen ist. Von einer dieserseits zur Geltung kommen-

*) Cf. diese Wochenschrift № 1, 4, 7, 11, 16, 20, 24 und 27.

den «vis a tergo» reden zu wollen, kann, wie v. Basch gezeigt hat, nur Ausfluss irriger Voraussetzungen sein Gleichmässige und ununterbrochene Erhaltung des Blutdruckes im Aortensystem auf einer der Widerstandsvermehrung im Strombette der Nieren entsprechenden Höhe ist, wie wir gesehen haben (Fall V), für das betroffene Individuum geradezu eine Lebensfrage. Sinkt in solchen Fällen die Leistungsgrösse des linken Ventrikels auch nur um ein Geringes, so kommt es sofort zu Erscheinungen höchster Lebensgefahr. Auch die kräftigste Arbeitssteigerung des rechten Ventrikels vermag dann Nichts weniger als zu helfen; dann heisst es in kürzester Zeit die Leistungsgrösse des linken Ventrikels zu heben oder sein Arbeitsquantum zu mindern (Aderlass).

Wo also an durch Nephritis überlasteten Herzen Dilatation des rechten Ventrikels vorhanden ist, muss nach abnormen Widerständen im kleinen Kreislauf gesucht werden. In unserem Falle waren dieser Art Widerstände durch das Vorhandensein der Mitralinsufficienz bewirkt worden. Die Entscheidung, ob hier eine endocarditische oder nur eine relative Mitralinsufficienz vorlag, ist nicht möglich — die Annahme der letzteren hat aber Vieles für sich. Es ist freilich eine bekannte Thatsache, dass eine relative Mitralinsufficienz sich zu einer Aortenklappeninsufficienz erst dann hinzugesellt, wenn die Arbeit des linken Ventrikels unzureichend zu werden beginnt. Denn da beim Entstehen einer einfachen Aortenklappeninsufficienz der Aortendruck sogar um ein Weniges sinkt, so ist ja für die Ueberdehnung des Mitralostium kein rechter Grund vorhanden, so lange die Leistungsfähigkeit des linken Ventrikels genügt. Hier konnte dagegen die Ausbildung einer relativen Mitralinsufficienz sehr gut ein Ergebniss des enormen Druckes gewesen sein, der auf den Wandungen des linken Ventrikels lastete. Dass diese Ueberdehnung aber nicht aus einer Leistungsverminderung des linken Ventrikels hervorgegangen sein konnte, beweist schon die Thatsache, dass, trotz ihres Bestehens, die abnorme Blutdruckhöhe während der ganzen Dauer unserer Beobachtung recht gleichmässig eingehalten worden ist. Es ist leicht ermessbar, dass als Folge dieser mächtigen Pulsionskraft des linken Ventrikels die Rückschleuderung des Blutes durch das insufficiente Mitralventil in den linken Vorhof sehr stark war, und dass die dadurch im Lungenlauf bedingten Widerstände besonders gross gewesen sein müssen. Daher war auch die Arbeit des rechten Ventrikels so bedeutend vermehrt (Phänomen des diastol. Klappenstosses der Art. pulm.). Aber seine Leistungsfähigkeit blieb, wie die starke Erweiterung der Herzdämpfung über den rechten Sternalrand und die Stauungserscheinungen im Venengebiet des grossen Kreislaufes (Stauungsleber) lehrten, doch weit hinter derjenigen des linken Ventrikels zurück. Es muss ja zugestanden werden, dass die zu Anfang unserer Beobachtung erfolgten Suffocationsanfälle, wie die im Anschluss an sie in den Lungen aufgetretenen feinblasigen Rasselgeräusche darthaten, aus flüchtigen Zuständen verminderter Schöpfkraft des linken Ventrikels hervorgingen. Diese Symptome schwanden aber stets prompt nach nur geringen Gaben Digitalis. Die ungünstige Wendung des Krankheitsverlaufs ist darum zum Hauptheil der stetig angewachsenen Leistungsabnahme des rechten Ventrikels zuzuschreiben.

Der Blutdruck betrug im Durchschnitt 201,7 und hielt sich bis zum Schluss unserer Beobachtung trotz Verschlechterung des Allgemeinbefindens auf und über diesem Niveau. Wir haben aus diesem Verhalten des Blutdruckes gefolgert, dass die Actionsgrösse des linken Ventrikels während der ganzen Dauer unserer Beobachtung genügte. Dem widersprechen die niedrigen Zahlen der täglichen Harnausleerungen nicht. Denn sie geben uns erstens einen Maassstab an die Hand, um die Grösse der Widerstände, welche von Seiten der Nieren dem Blutstrome entgegenstanden, beurtheilen zu können, und sie beweisen ferner, dass an der Erkrankung beide Nieren in hohem Grade betheiligt waren. Erst beim Nebeneinanderhalten solcher Beobachtungen wie diese und solcher Fälle, in denen nur eine Niere erkrankt, und im Leben gar keine oder nur geringe Steigerung des Blutdruckes vorhanden war, empfindet man so recht die überzeugende Kraft der Traube-Cohnheim'schen Lehre.

Die Pulsfrequenz betrug im Mittel 90,6—93,0.

Die beim Liegen aufgenommene Pulscurve 137 bedarf keiner Erläuterung; ich bemerke nur, dass Vc, nachdem an den vorangegangenen Tagen Patientin 2,0 Digitalis erhalten hatte, von so aussergewöhnlicher Höhe war, dass die Hebelbelastung bis auf 40 gesteigert werden musste, um die Pulsausschläge innerhalb der gegebenen Grenzen erhalten zu können.

Die Respirationsfrequenz schwankte zwischen 28 und 42 und betrug im Mittel 33,1.

Der Blutdruck fiel im Bade im Mittel von 201,7 auf 135,4 — also um 66,3. Während der ersten Stunde nach dem Bade stieg Bd im Durchschnitt auf 184,6—192,2 und 206,3.

Die Pulsfrequenz stieg im Mittel von 90,6—93,0 (=91,8) im Bade auf 93,4 — also um 1,3. Die Mittelwerthe der nach den Bädern erhaltenen Pulszahlen waren in der I¼ hor 92,5—94,2, in der II¼ hor 91,2—101,7 und in der II½ hor 94,0—95,7.

Bei der sphygmographischen Untersuchung im Bade erwies sich Vc als so hoch, dass die Federausschläge selbst bei der stärksten Hebelbelastung, die überhaupt möglich war, auf dem Papierstreifen nicht Platz fanden. 10′ nach dem Bade war Bd auf 176 gestiegen. In der bei dieser Körperhaltung aufgenommenen Pulscurve 138 ist Vc wieder so hoch wie in Curve 137, die Rückstosselevation ist aber tiefer gerückt und stärker ausgeprägt als vor dem Bade. Die Arterienspannung war also noch nicht zur Anfangsnorm zurückgekehrt. — Im Stehen war Vc (Curve 139) niedriger als im Liegen. Die Systole des linken Ventrikels war also weniger energisch, sie erfolgte aber, wie die leichte Vorwärtsneigung der aufsteigenden Wellenschenkel beweist, plötzlicher und demnach leichter. Der absteigende Wellenschenkel ist ganz anders gebildet als im Liegen. Die erste Elasticitätszacke tritt erst auf, nachdem der Abstieg beinahe bis zur Basis der Welle angelangt ist. In Folge dessen ist die erste Elasticitätswelle sehr hoch und sehr spitz. Ihr folgt eine Menge anderer kleiner Elasticitätselevationen, denen sich ganz zuletzt die Rückstosswelle anschliesst. Diese Curve könnte man versucht sein auf gleiche Ursachen wie den dicroten Puls zurückzuführen, sie ist aber nur der Ausdruck der im Vergleich zum Liegen verminderten, gleichwol aber noch hohen und bei der starken Hebelbelastung besonders scharf zur Ausprägung gelangten Arterienspannung. 30′ nach dem Bade war Bd auf 190 gestiegen. Die im Liegen erhaltene Pulscurve 140 unterscheidet sich fast gar nicht mehr von der bei gleicher Haltung vor dem Bade gewonnenen Pulszeichnung. In der beim Stehen aufgenommenen Curve 141 begegnen wir den gleichen Eigenthümlichkeiten wie in Curve 139. Vc ist so hoch wie dort und gleichfalls niedriger als im Liegen. Die Elasticitätsschwankungen sind zu noch schärferer Ausprägung gelangt. Die erste dieser Zacken steht auf noch tieferer, die Rückstosselevation aber auf etwas höherer Stufe als dort. Diese Unterschiede weisen, so fein sie auch sind, dennoch mit genügender Bestimmtheit darauf hin, dass die nach dem Bade vorübergehend aufgetretene Steigerung des Arterientonus zu dieser Zeit bereits nachgelassen, und dass die Arterienspannung gegen vorher eine Zunahme erfahren hatte.

Die Respirationsfrequenz fiel im Bade im Mittel von 33,1 auf 32,9. Man hätte mit gutem Recht ein umgekehrtes Verhalten, eine Steigerung erwarten können. Diese Verminderung der Respirationsfrequenz ist aber zwei-

fellos auf die beträchtliche durch das Bad erfolgte Hebung der Schöpfkraft des linken Ventrikels zu beziehen. Nur dadurch wurde einer noch stärkeren Strömungsverlangsamung vorgebeugt. Nach Beendigung des Bades sank, wie die sphygmographische Untersuchung ergeben hat, die Pulsionshöhe des linken Ventrikels schon während der 1¼ hor bis zur Anfangsnorm, obgleich die durch das Bad bewirkte Verringerung der Arterienspannung noch nicht ausgeglichen war. Es ist daher verständlich, dass die Respirationsfrequenz vermehrt war, und dass diese Steigerung, wie die Mittelzahlen 34,0—33,5 und 33,3 darthun, erst mit der Rückkehr der Arterienspannung zur Anfangsnorm allmälich abklang.

Folgerungen.

1) Abnorm hohe im Gefolge diffuser Nephritis aufgetretene Steigerungen des Blutdruckes weisen, wenn die täglichen Harnausleerungen dauernd minimal bleiben, auf einen hohen Erkrankungsgrad beider Nieren hin. Die Rückwirkung dieser Widerstände auf das Herz betrifft ausschliesslich den linken Ventrikel. Von einer primären Betheiligung des rechten Ventrikels an der durch die Widerstandserhöhung im Stromgebiet der Nieren bedingten Vermehrung der Herzarbeit kann schon darum nicht die Rede sein, weil eine längere Dauer ungenügender Arbeit des linken Ventrikels in solchen Fällen mit der Fortexistenz des Individuums nicht vereinbar ist. Darum ist dort, wo auch Arbeitssteigerung oder Insufficienz des rechten Ventrikels angetroffen wird, die Annahme vom Bestehen besonderer Widerstände im Lungenlauf durchaus berechtigt.

2) Wenn auch durch die warmen Bäder eine kurz dauernde Steigerung der Leistungsgrösse des linken Ventrikels herbeigeführt wurde, und die nach dem Bade nur allmälig abgeklungene Abnahme der Arterienspannung mit einer Arbeitserleichterung des linken Ventrikels verbunden war, so kann von einer günstigen Wirkung der Bäder in diesem Falle doch nicht gesprochen werden, weil die Schöpfkraft des rechten Ventrikels nicht gesteigert, und die Stromgeschwindigkeit in den Lungen vorübergehend noch mehr verlangsamt wurde.

Fall XIII.

47-jährige Kranke. Zum vierten Mal im Hospital. Vor 16 Jahren schwerer acuter Gelenkrheumatismus. Seitdem Herzklopfen und Athemnoth. In den letzten Jahren zeigten sich häufig Oedeme. Seit 1½ Jahren Ascites. — Bei der Aufnahme leichte Cyanose der Extremitäten und leichtes Oedem an den Unterschenkeln. Geringe Dyspnoe. Spuren von Icterus. Ascites. Leber vergrössert, von vermehrter Consistenz, mit höckriger Oberfläche, druckempfindlich. Milz vergrössert. Harn normal. Brustkorb im sagittalen Durchmesser leicht erweitert. Lungen wenig emphysematös. Herzdämpfung 1 Querf. über den rechten Sternalrand, links bis zur vorderen Axillarlinie. Auf den oberen Brustbeinabschnitten leichte, den rechten Sternalrand um ½ Querf., den linken um 1 Querf. überschreitende Dämpfung. Herzspitzenstoss im 6 IR. schwach fühlbar. Hier hörte man in beiden Körperhaltungen einen dumpfen systolischen Ton und ein einfach diastolisches, engbegrenztes Geräusch. An der Basis des Schwertfortsatzes ein rauhes systolisches, in der Richtung nach oben schwächer werdendes Geräusch. Daneben ein kurzes praesystolisches Geräusch, anderen Charakters, als das an der Herzspitze gehörte. Zweiter Pulmonalton schwach. Arteriosclerose mässigen Grades. Leichte Arhythmie. Bradycardie. Deutlicher Leberpuls. Systolischer Jugularpuls nicht nachweisbar.

12 wöchentliche Beobachtung. Von der 6. Woche ab unter Verringerung der Diurese beträchtliche Zunahme der Cyanose, der Dyspnoe, des Oedem und des Ascites. Verbreitung der Herzdämpfung nach rechts um ½ Querf. Strophantus blieb wirkungslos. Dagegen begann von der 8. Woche ab unter Adonis vernalis fortschreitende Besserung. Die Diurese wurde reichlich. Oedem, Ascites, Cyanose und Dyspnoe schwanden vollständig. Milz und Leber schwollen ab, und die Herzdämpfung wurde wieder kleiner. Der Auscultationsbefund blieb während der ganzen Beobachtung unverändert. Das Geräusch an der Herzspitze hatte dagegen zuweilen den Charakter des von Fraentzel sogenannten «abgesetzt modificirten diastolischen Geräusches».

Das auf das untere Ende des Brustbeines localisirte systolische Geräusch, die Abschwächung des zweiten Pulmonaltons und der Leberpuls sprachen für das Bestehen einer Tricuspidalinsufficienz. Dem widerspricht, wie Riegel betont hat, das Fehlen eines systolischen Jugularpulses durchaus nicht. Dass die Insufficienz auf endocarditischem Wege entstanden war, bewies das gleichfalls am unteren Sternalende gehörte diastolische Geräusch, welches im Zusammenhang mit den übrigen Erscheinungen auf das Mitbestehen einer Stenose des Ostium venosum dextrum hindeutete. Die an der Herzspitze wahrgenommenen, ausschliesslich diastolischen Geräusche berechtigten ferner zur Diagnose einer Mitralstenose, und zwar einer «reinen», ohne Mitralinsufficienz. Auf die relative Häufigkeit des Zusammentreffens dieser 3 Klappenfehler hat Leudet hingewiesen. Nach der Geburt entwickele sich die Stenose des Ostium venosum dextrum vornehmlich in Folge von Rheumatismus (41 Mal unter 60 Fällen), fast stets beim weiblichen Geschlechte (86 unter 108 Fällen), und nahezu immer sei sie von einer Stenose des Ostium mitrale begleitet.

Die Ueberfüllung des kleinen Kreislaufs bei Mitralstenosen höheren Grades führt bekanntlich zu anhaltender und schwer zu beseitigender Dyspnoe und Cyanose. Arbeitssteigerung des rechten Ventrikels ist, wie v. Basch's Modellversuch lehrt, durchaus nicht geeignet, die Wirkungen dieses Klappenfehlers zu paralysiren; Lungenschwellung und Lungenstarrheit nehmen im Gegentheil nur zu. Verstärkung der Schöpfkraft des linken Ventrikels entlastet dagegen den linken Vorhof und verringert den Druck im Pulmonalarteriensystem. Der bis dahin subnormale Aortendruck steigt wieder an, der sonst niedrige Puls wird höher, die Arterienspannung nimmt zu, Dyspnoe und Cyanose nehmen ab. Ein solcher Effect ist leichter erzielbar und von längerer Dauer, wenn es sich um eine Mitralstenose nicht sehr hohen Grades handelt. Der Mangel von stärkerer, anhaltender Dyspnoe und Cyanose in unserem Falle berechtigen uns also zur Annahme, dass die Entleerung des linken Vorhofes nicht sehr behindert war. Daran vermag selbst Durosiez' Ausspruch, dass jede reine Mitralstenose auch sehr hohen Grades sein müsse, Nichts zu ändern.

Die von der Arteriensclerose und seitens der Lebercirrhose repräsentirten Widerstände im grossen Kreislauf waren lange nicht stark genug, um den linken Ventrikel unserer Kranken in höherem Maasse zu belasten. Dass er trotzdem an der enormen Dilatation des Herzens in erheblicher Weise betheiligt war, ist nach Hampeln's Angabe leicht zu berechnen. Bei einer Pulszahl von ca. 70 in der Minute muss die Capacität eines Ventrikels 85 Cm^3 betragen, wenn anders die normale Circulationsgrösse erhalten bleiben soll, d. h. in jeder Secunde circa 100 Cm^3, in jeder Minute also ca. 6 Liter Blut jeden Gesammtquerschnitt passiren sollen. Ist die Pulszahl verringert, so muss der Herzventrikel, um dennoch das gleiche Blutquantum, also 6 Liter in einer Minute zu befördern, nothwendig mit jeder Diastole ein Vielfaches des normalen Quantum aufnehmen und bergen — in unserem Falle also (bei einer Pulsfrequenz von ca. 50) = 120 Cm^3.

An der Dilatation des Herzens war aber in weit höherem Maasse der rechte Ventrikel betheiligt. Seine Capacität musste mindestens um den Theil grösser sein, welcher der Blutmenge entsprach, die mit der Systole durch die insufficiente Tricuspidalis in den rechten Vorhof zurückgeschleudert wurde. Um die an den rechten Ventrikel herangetretenen, complicirten Arbeitsansprüche richtig abschätzen zu können, ist es nöthig, die Resultante aller Druckvertheilungen zu finden, welche dem Zusammenwirken der 3. Klappenfehler entsprach. Durch eine Stenosirung des Mitralostium steigert sich der Druck im linken Vorhof, in den Lungen und in der Pulmonalarterie, er sinkt im rechten Vorhof. Eine Tricuspidalinsufficienz verringert den Druck im linken Vorhof, in den

Lungen und in der Pulmonalarterie, sie steigert ihn unter Ausbildung starker Schwankungen im rechten Vorhof. Die Wirkungen dieser beiden Klappenfehler auf die Druckvertheilung in den in Rede stehenden Circulationsgebieten sind also einander direct entgegengesetzt. Das bedeutet mit anderen Worten, dass die von der Mitralstenose bewirkte Stauung im kleinen Kreislauf durch das Hinzutreten der Tricuspidalinsufficienz ausgeglichen wurde. Der Effect beider Klappenfehler beschränkte sich also im Wesentlichen auf eine Circulationsverlangsamung, und wenn keine Störung eintreten sollte, so musste der rechte Ventrikel durch gesteigerte Arbeit dieser Verlangsamung entgegenwirken. — Wir haben uns im Vorstehenden zu der Ansicht bekannt, dass die Wirkungen der Mitralstenose in diesem Fall nur von untergeordneter Bedeutung sein konnten, wir hätten also vorzüglich mit den Wirkungen der Tricuspidalinsufficienz zu rechnen. Aber die dominirende Macht dieses Klappenfehlers wurde in Etwas durch die mitbestehende Stenose des ostium venosum dextrum gemildert. Denn der Hinzutritt einer Tricuspidalstenose zu einer Tricuspidalinsufficienz steigert, wie v. Basch's Experiment klar zeigt, den Druck in der Pulmonalarterie, die Lungen werden wieder grösser, und der Druck im linken Vorhof nimmt zu. Dabei wird die Stärke der Druckschwankungen im rechten Vorhof vermindert. Aus dem Umstande, dass der Leberpuls dennoch deutlich war, können wir allerdings folgern, dass auch die Stenose des rechten ostium venosum und die durch sie bedingte Arbeitserleichterung des rechten Ventrikels nicht sehr hohen Grades sein konnten.

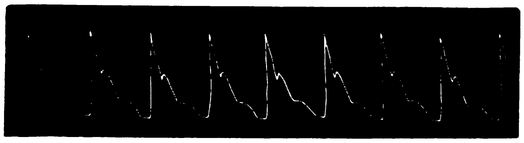
Nachdem wir uns über die Bedingungen, unter denen das Herz dieser Kranken zu arbeiten hatte, Klarheit verschafft haben, sind wir im Stande auch die Ursachen der im Lauf der Beobachtung aufgetretenen Circulationsschwankungen und ihren Entstehungsort genau anzugeben. Aus der Vergleichung der zusammengetroffenen, einander entgegengesetzten Klappenfehlerwirkungen haben wir einmal verstehen gelernt, warum Cyanose und Dyspnoe sich im Allgemeinen nur wenig bemerkbar machen konnten, und zweitens sind wir auf gleichem Wege zur Ueberzeugung gelangt, dass der Schwerpunkt des circulatorischen Gleichgewichts im rechten Ventrikel zu suchen war. Die zu Anfang unserer Beobachtung angetroffene starke Vergrösserung der Leber und Milz bewiesen allerdings, dass die Schöpfkraft des rechten Ventrikels in nicht unbeträchtlichem Grade gelitten hatte. Dagegen mussten die zu Ende unserer Beobachtung constatirte Verkleinerung jener Organe und das Verschwinden der hydropischen Erscheinungen auf eine stattgehabte Regeneration der Leistungsfähigkeit des rechten Ventrikels bezogen werden. Dass übrigens diese günstige Wendung zum nicht geringen Theil auch einer Hebung der Leistungsgrösse des linken Ventrikels zuzuschreiben war, dafür werden im Folgenden Zahlen und Sphygmogramme zu sprechen haben.

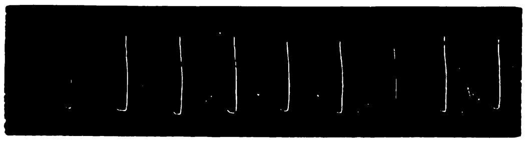
Der Blutdruck in den Radialarterien betrug im Mittel 118,6. Zu Ende der zweiten Hälfte der Beobachtungsdauer stieg Bd im Verhältniss von 114 : 131,8. Das kann nur auf eine Hebung der Pulsionskraft des linken Ventrikels bezogen werden. Es ist klar, dass die damit verbundene Steigerung der Schöpfkraft des linken Ventrikels den Blutabfluss aus dem linken Vorhof und den Lungen begünstigte, mit anderen Worten die Arbeit des rechten Ventrikels erleichterte. Dieser Effect äusserte sich daher gleichermassen in anhaltender Vermehrung der Schöpfkraft des rechten Ventrikels und in über Erwarten ausgiebiger Beseitigung der Stauungserscheinungen im Venengebiet des grossen Kreislaufs. Solche günstige Wendung ist offenbar durch adonis vernalis herbeigeführt worden.

Die Pulsfrequenz war im Mittel 53,9—56,3. Sehen wir von der Beschleunigung ab, welche der Puls, als der Zustand der Patientin besonders drohend erschien, aufgewiesen hatte, so ergiebt sich, dass die Frequenz im Uebrigen relativ geringen Schwankungen unterworfen war. Die extremen Zahlen für liegende Haltung sind dann 38 und 52, für stehende Haltung 38 und 66, und die betreffenden Mittelzahlen sind 48,7—51,5. Es handelte sich also um eine mässige Bradycardie, die man wol zutreffend auf durch Coronararteriensclerose bedingte Ernährungsstörungen des Herzens zurückführen kann. Diese Annahme gewinnt an Wahrscheinlichkeit, wenn das Alter der Patientin, die an den peripheren Arterien nachgewiesene Sclerose und die leichte Arhythmie mit in Rechnung gezogen werden.

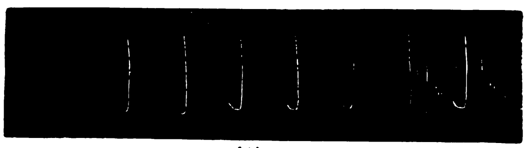
Die aus der ersten Beobachtungsperiode stammende bei einem Bd von 113 im Liegen aufgenommene Puls-Curve 142 zeigt den Charakter eines pulsus tardus. Am langgestreckten absteigenden Schenkel erscheint sehr nahe unter dem abgeflachten Curvengipfel die Rückstosselevation; ihr folgen kleine wenig ausgeprägte Elasticitätselevationen. Der aufsteigende, relativ kurze Wellenschenkel erfährt dicht unter seinem Höhepunkt eine Unterbrechung, es entsteht so eine anacrote Welle, welche zur Abrundung und Abflachung des Wellengipfels beiträgt. Die bei stehender Haltung gewonnene Curve 143 weist die gleichen Merkmale auf, der aufsteigende Schenkel der Pulswellen hat aber an Höhe zugenommen. — Das zu Ende der Beobachtung im Liegen bei einem Blutdruck von 134 aufgenommene Sphygmogramm 147 weist eine solche Zunahme von Vc auf, dass der Charakter des pulsus tardus kaum mehr erkennbar ist. Der Anacrotismus ist verschwunden. Beim Stehen ist Vc (Curve 148) im Gegensatz zum früher erhobenen Befunde schwächer als im Liegen; die Wellenform nähert sich daher wieder dem Typus des pulsus tardus. Nun aber begegnen wir am unteren Drittel des aufsteigenden Wellenschenkels einer Stufenbildung, also auch einer anacroten, ihrer Stellung nach ungewöhnlichen Erscheinungsform. Der Arterientonus hatte, wie die geringere Abplattung der Wellengipfel, und die grössere Undeutlichkeit der Elasticitätselevationen in diesen beiden Curven bezeugen, gegen früher abgenommen, eine Veränderung, welche man recht wohl mit der fortgeschrittenen Verminderung des Kohlensäuregehalts im Blut in Verbindung bringen kann. Will man die Erscheinungen des Anacrotismus einer Deutung unterziehen, so darf aber ihr Auftreten im ersten Falle nicht nur durch jene Steigerung des Arterientonus erklärt werden, denn es muss im Auge behalten werden, dass der Anacrotismus trotzdem nicht zu Stande gekommen wäre, wenn der linke Ventrikel die Fähigkeit sich rasch zu entleeren damals wirklich in vollem Maasse besessen hätte. Wüsste ich nicht so sicher, dass eine Stenose des ostium Aortae nicht vorhanden gewesen, so würde die frappante Aehnlichkeit jener zu Anfang erhaltenen Sphygmogramme mit dem für Aortenstenose bekannten Curventypus den Gedanken an das Bestandenhaben eines solchen Strömungshindernisses aufkommen, lassen. Dass die Entleerung des linken Ventrikels frei von Statten gehen konnte, beweisen übrigens der steil aufstrebende Schenkel und das Fehlen anacroter Bildungen in Curve 147. Die Entleerungsfähigkeit des linken Ventrikels hatte zu der Zeit an Schnelligkeit und an Kraft zugenommen, und die Strömungsbedingungen hatten, wie die Abnahme von Vc beim Uebergang zur stehenden Haltung beweist, sich gebessert. Dass trotz alledem sich auch dann noch Erscheinungen von Anacrotismus bemerkbar machten, und zwar, wie wir später zu constatiren Gelegenheit finden werden, in von äusseren Gründen offenbar unabhängiger, regelloser Weise — das spricht meiner Ansicht nach, so sehr die Pulsionskraft des linken Ventrikels sich auch gebessert hatte, für die Gegenwart eines gewissen, nicht mehr zu beseitigenden Arbeitsdefectes des Myocards. Diese anacroten Bildungen sagen


137

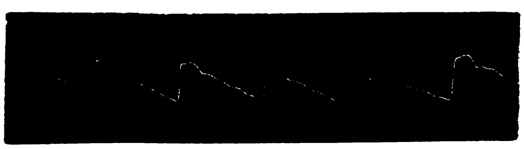

138

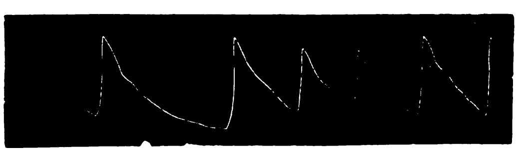

139


140

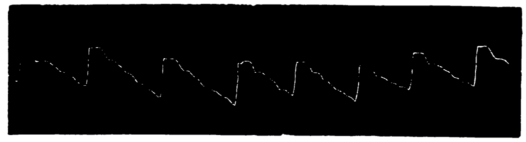

141


142

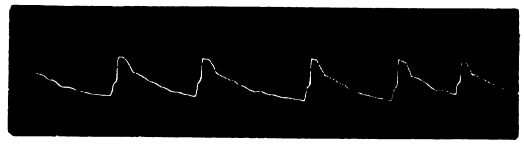

143


144

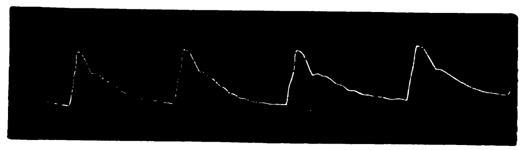

145

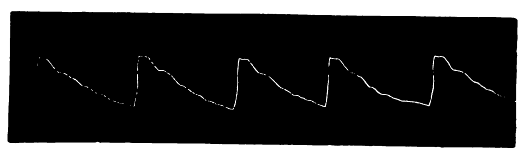

146

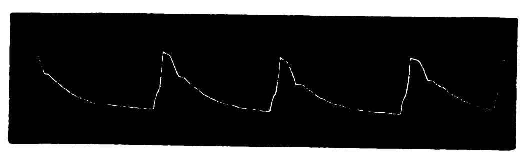

147

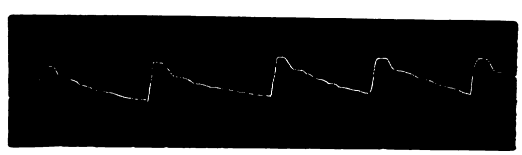

148


149


150


151


152


153

uns, dass die Systole zu Zeiten stossweise, in Absätzen erfolgte, als wenn der Ventrikel zur Fortbewegung seines Inhalts mehrere Male ausholen musste.

Die Respirationsfrequenz betrug im Mittel 21,9. Nur einmal stieg sie bis auf 32, im Uebrigen bewegte sie sich zwischen 16 und 28.

Das Verhalten der mittleren Blutdruckwerthe vor, in und nach den Bädern während der ersten 8 und der letzten 4 Beobachtungswochen ist in der folgenden Tabelle verzeichnet. Bd fiel im Bade während der II. Periode relativ stärker als während der ersten. Nach Beendigung des Bades war während der II. Periode die mittlere Anfangsnorm schon zu Ende der II 1/4 hor nahezu erreicht, wogegen in der I. Periode das Wiederansteigen des Blutdruckes zur Anfangsnorm nach dem Bade sich langsamer vollzog und erst im Lauf der II 1/2 hor beendet war.

	vordem	Bad	nach dem Bad		
I. Periode	114	86,1	104,8	101,7	113
II. Periode	131,8	93	127,8	131,1	—
			I 1/4 hor	II 1/4 hor	II 1/2 hor

Das Verhalten der mittleren Pulsfrequenzen während der ersten 6, der nächsten 2 und der letzten 4 Wochen ist in folgender Tabelle zusammengestellt

	vordem	Bad	nach dem Bad		
I. Periode	52,5—57,1 54,8	58,2	53,7—60,3 57	57,7—62,3 60	58—58,6 58,3
II. Periode	72—73,1 72,5	71,7	68,5—74,5 71,5	74—75 74,5	71,4—73,7 72,5
III. Periode	46—46,5 46,3	48,5	48—49,3 48,7	45,8—49,3 47,6	
			I 1/4 hor	II 1/4 hor	II 1/2 hor

Die niedrigste Frequenz weist die III. Periode auf. Während der I. und III. Periode stieg die Frequenz im Bade und blieb nach Beendigung im Mittel auch dann noch höher, als der Blutdruck im Aortensystem bereits wieder ausgeglichen war. Während der II. Periode war die Frequenz am höchsten; sie fiel im Bade, erreichte aber im Lauf der nachfolgenden ersten Stunde wieder die Norm.

Bei der ersten sphygmographischen Untersuchung war Bd im Bade von 113 auf 94 gefallen und Vc (Curve 144) hatte stark zugenommen. Anacrotismus und Arterientonus waren geschwunden; die Wellengipfel erscheinen darum spitz zulaufend. Die Rückstosselevationen sind nur schwach angedeutet, die absteigenden Wellenschenkel haben an Steilheit zugenommen. Das zweite Mal war Bd im Bade von 134 auf 82 gefallen, die Curve 149 unterscheidet sich in Nichts von der eben besprochenen — Das erste Mal hatte sich Bd 20′ nach dem Bade auf 117 erhoben. Im Liegen (Curve 145) ist Vc höher als vor dem Bade, und Anacrotismus ist nicht wahrzunehmen. Der Arterientonus ist weniger stark ausgeprägt als vor dem Bade, und die Arterienspannung scheint auch schwächer zu sein Im Stehen ist Vc (Curve 146) im Gegensatz zum Befunde vor dem Bade schwächer, die Arterienspannung scheint aber auffallender Weise bei dieser Haltung stärker gewesen zu sein als im Liegen. Andeutungen von Anacrotismus sind an einzelnen Wellengipfeln bemerkbar. 50′ nach dem Bade war Bd wieder auf 113 gestiegen. — Bei der zweiten Untersuchung hatte sich Bd bereits 10′ nach dem Bade wieder auf 130 erhoben, und auch die Pulsionshöhe war im Liegen (Curve 150) zur früheren Höhe zurückgekehrt. Vergleicht man die Curven 150 und 151, so lässt sich constatiren, dass beim Stehen die Systole, wie die steileren Anstiege der Pulswellen beweisen, sich schneller vollzog. Vc ist im Gegensatz zum Befunde vor dem Bade ebenso hoch, wie im Liegen. Die Arterienspannung scheint wieder im Stehen stärker ausgeprägt zu sein als bei liegender Haltung. Anacrotismus weist keine der beiden Curven auf. 30′ nach dem Bade war Bd 132. An der beim Liegen aufgenommenen Pulscurve 152 machen sich wieder anacrote Stufen bemerkbar; im Uebrigen gleicht dieses Sphygmogramm vollkommen der Curve 150. Beim Stehen ist Vc (Curve 153) niedriger und zwar ebenso hoch wie bei gleicher Haltung vor dem Bade. Aber auch jetzt noch scheint die Arterienspannung, wie die Abrundungen der Wellengipfel andeuten, stärker gewesen zu sein als im Liegen. — Angesichts solcher sphygmographischer Befunde ist es nicht möglich vollgültige Schlüsse über das Wesen der auf die Circulation stattgehabten Badwirkungen zu ziehen. Denn leider fehlen, wie ich auch an dieser Stelle bedauernd bemerken muss, Messungen des Blutdrucks bei stehender Haltung. Gerade sie hätten uns vielleicht Aufklärung verschafft, warum in diesem Falle die unseren bisher gemachten Erfahrungen nach aussergewöhnliche Steigerung der Arterienspannung beim Uebergang zur stehenden Haltung eintrat. Wir wären zudem wahrscheinlich auch über die Bedingungen des anscheinend regellosen Auftretens der anacroten Pulsbildungen unterrichtet worden.

Die Respirationsfrequenz verhielt sich während der ersten 6, der 2 nächsten und der 4 letzten Wochen im Mittel wie folgt:

	vordem	Bad	nach dem Bad		
I. Periode	21,3	19,5	22	22,6	22,2
II. Periode	23,4	23,8	27	22	25,1
III. Periode	23,2	23,7	21,3	23,8	24,6
			I 1/4 hor	II 1/4 hor	II 1/2 hor

Während der I. Periode war die Respirationsfrequenz im Allgemeinen am niedrigsten, sie sank im Gegensatz zu den Befunden der beiden anderen Perioden im Bade (durchschnittlich um 1,8), stieg nachdem aber wieder an und erhielt sich während der ersten Stunde nach dem Bade in ziemlich gleichbleibender Höhe etwas über dem mittleren Anfangswerth. Während der II. Periode war die Steigerung gleich nach dem Bade am stärksten In der III. Periode sank die Respirationsfrequenz nach dem Bade während der I 1/4 hor unter das Anfangsmittel, nahm dann aber fortlaufend zu und war zu Ende der ersten Stunde im Mittel höher als vor dem Bade. Zu beachten ist, dass die Athmungsfrequenz selbst während der II. Periode, als die Circulationsverhältnisse am ungünstigsten waren, nicht höher war als während der III. Periode, nachdem in allen Beziehungen bedeutende Besserung eingetreten war.

Folgerungen.

1) Die von combinirten Klappenfehlern des Herzens bewirkten Circulationsstörungen können nur dann richtig bemessen werden, wenn das Hauptstreben der Diagnose darauf gerichtet ist, die Resultante aller im Einzelfalle vorhandenen Aenderungen der Druckvertheilung aufzufinden.

2) Das Auftreten von Anacrotismus in von peripheren Arterien stammenden Pulsbildern kann dort wo der Entleerung des linken Ventrikels besondere Hindernisse nicht entgegenwirken, die Systole mithin schnell und ohne Unterbrechung erfolgen müsste, auf einen gewissen Leistungsmangel des Myocards bezogen werden.

(Schluss folgt.)

Referate.

J. Mikulicz (Breslau): Ueber Thymusfütterung bei Kropf und Basedowscher Krankheit. (Berlin. klinische Wochenschrift Nr. 16)

Verfasser ging von der Voraussetzung aus, dass der wunderbare Heilerfolg beim Myxoedem und beim Kropf, den man mit der Schilddrüsenfütterung erzielt hat, nicht auf der Wirkung eines Stoffes beruhe, sondern dass dabei 2 verschiedene, wenn auch verwandte Stoffe in Frage kommen, in Folge dessen versuchte er zur Fütterung bei Kröpfen eine andere Drüse, der eine gewisse Verwandtschaft mit der Schilddrüse zukommt, zu verwenden. In 11 mit frischer roher Hammelthymus behandelten Fällen, bestand 10 mal Kropf allein, einmal Morbus Basedowii. Die 10 Kropfkranken standen im Alter zwischen 13 und 28 Jahren. 8 mal lag eine diffuse Hyperplasie vor, zwei mal waren es isolirte Kropfknoten, die allein oder neben einer diffusen Vergrösserung des Organs bestanden. Es wurde mit einer Gabe von 10—15 g. angefangen und dann allmählich bis auf 25 g. gesteigert, 3 mal wöchentlich wurde die Gabe wiederholt. Es soll hier gleich betont werden, dass die bei der Thyreoideaverabreichung beobachteten Nebenerscheinungen, wie Pulsbeschleunigung, Arythmie, Abnahme des Körpergewichts, Polyurie etc. bei der Thymusfütterung nicht eintraten.

Was nun die Resultate anlangt, so waren dieselben recht zufriedenstellend. Kon den 11 Kranken kamen 6 wegen hochgradiger Athemnoth in die Klinik, so dass eine Operation für erforderlich erachtet wurde. Von diesen Fällen trat aber unter der Thymusfütterung eine so wesentliche Besserung der Beschwerden ein, dass die Operation unterlassen werden konnte. Eine 28-jährige Arbeiterfrau mit faustgrossem, prall-elastischem deutlich fluctuirendem Knoten in der Mittellinie und einer diffusen Hyperplasie beider Schilddrüsenlappen wurde in Berücksichtigung des letzteren Umstandes mit Thymus gefüttert; der Halsumfang nahm um 3½ Cm. in 3 Wochen ab, später wurde der cystische Knoten enucleirt. Vorwiegend reagiren auf die Thymusfütterung die diffusen Hyperplasien bei jugendlichen Individuen, wie dasselbe auch bei der Schilddrüsenfütterung constatirt wird. Bemerkenswerth war der Erfolg der Thymusbehandlung in dem Falle von Basedow'scher Krankheit und zwar machte sich derselbe weniger in der Abschwellung des Kropfes, als in der Beeinflussung der nervösen Erscheinungen geltend; dieselben gingen rasch zurück; auch war eine Abnahme der Athemnoth und des Stridor zu constatiren.

Abelmann.

Vermischtes.

— Die Docenten des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna O. Petersen, O. Motschutkowski und W. Nikitin sind zu Ehren-Professoren ernannt worden.

— Befördert. Wirkl. Staatsrath Dr. med. Wiegand, Corpsarzt des 13. Armeecorps — zum Geheimrath unter Verabschiedung mit Uniform auf eigenes Ersuchen.

— Verabschiedet: Prof. Dr. Münch in Kiew — auf eigenes Ersuchen, wegen Krankheit.

— Verstorben: 1) Der Oberarzt des klinischen Militärhospitals in St. Petersburg Dr. Jefim Alexejewitsch Ssorokin am 21. Juli. 2) Dr. med. Alexander Donner in Riga am 25. Juli.

— Wie unsere Leser aus vielfachen Notizen der Tageblätter wissen, soll im Laufe des Jahres 1897 in St. Petersburg ein medicinisches Institut für Frauen eröffnet werden. Im Folgenden geben wir die Allerhöchst bestätigten Statuten desselben in deutscher Uebersetzung (nach der «St. Petersburger Zeitung»):

1) Das St. Petersburger medicinische Institut für Frauen hat den Zweck, Personen weiblichen Geschlechts eine medicinische Fachbildung zugänglich zu machen, die vornehmlich auf die Heilung von Frauen- und Kinderkrankheiten, sowie auf die Ausübung der Geburtshilfe abzielt.

Anmerkung. An dem Institut wird ein Internat für diejenigen Zuhörerinnen errichtet werden, die nicht die Möglichkeit haben, bei ihren Eltern oder solchen Personen zu leben, welche das Vertrauen der Verwaltung des Instituts geniessen.

2) Die Mittel des Instituts bestehen: a. aus den Zinsen der gespendeten Kapitalien; b. aus freiwilligen Darbringungen zum Unterhalt des Instituts; c. aus Subsidien und d. aus den Kollegiengeldern.

3) Das Institut untersteht im Allgemeinen dem Ministerium der Volksaufklärung und wird der speciellen Leitung des Kurators des St. Petersburger Lehrbezirks anvertraut.

4) Die unmittelbare Verwaltung des Instituts und des mit ihm verbundenen Internats übt der Direktor aus, dem erforderlichen Falles zur Seite stehen: a. das Lehrerkonseil: b. die Verwaltung; c. das Kuratoren-Komité und d. die Inspektricen mit ihren Gehilfinnen.

5) Der Director wird aus der Zahl der erfahrenen, mit den medicinischen Wissenschaften vertrauten Professoren vom Ministerium der Volksaufklärung erwählt und bestätigt.

Anmerkung. Der Director ist berechtigt, über eine Disciplin der medicinischen Wissenschaften Vorträge zu halten.

6) Der Direktor hat das Präsidium im Konseil, in der Verwaltung und im Kuratoren-Komité des Instituts; er bestimmt auch den Zeitpunkt der ordentlichen Versammlungen und ist berechtigt, das Konseil, die Verwaltung und das Kuratoren-Komité zu ausserordentlichen Versammlungen einzuberufen.

7) Der Direktor übergiebt dem Konseil und der Verwaltung die vom Kurator des Lehrbezirks eingelaufenen Zuschriften zur Berathung, ferner die Eingaben des Kuratoren-Komités und die eigenen Vorstellungen in Instituts-Angelegenheiten, leitet die Durchsicht der Fragen, die von anderen Mitgliedern aufgeworfen werden, beaufsichtigt die Sitzungen und giebt die gefassten Beschlüsse bekannt.

8) Im Falle einer Nichtübereinstimmung mit der Meinung des Konseils, oder der Verwaltung, oder des Kuratoren-Komités, unterlegt der Direktor die Angelegenheit der Entscheidung des Kurators des Lehrbezirks; duldet jedoch die Angelegenheit keinen Aufschub, so trifft er von sich aus die erforderlichen Massnahmen, wobei er unverweilt hierüber dem Kurator berichtet und ihm das Journal des Konseils, der Verwaltung oder des Kuratoren-Komités unterbreitet.

9) Im Falle einer Erkrankung oder Abwesenheit des Direktors übernimmt dessen Funktionen ein Professor aus der Zahl der Verwaltungsmitglieder (Pkt. 11) und zwar nach der Verfügung des Kurators des Lehrbezirks.

10) Dem Lehrkonseil des Instituts untersteht die Entscheidung aller Fragen, die auf das Unterrichtswesen Bezug haben.

11) Die Verwaltung des Instituts ist zusammengesetzt aus dem Direktor, vier Professoren des Instituts, ferner aus zwei von dem Kuratoren-Komité gewählten und vom Kurator des Lehrbezirks bestätigten Mitgliedern und aus der Inspektrice. Die Verwaltung hat über die wichtigsten wirthschaftlichen, administrativen und disziplinaren Angelegenheiten des Instituts zu entscheiden.

12) Auf das Kuratoren-Komité des Instituts wird die Fürsorge über das materielle Gedeihen dieser Lehranstalt gelegt. Die Mitglieder des Komités werden vom Minister der Volksaufklärung aus der Zahl solcher Personen ernannt, die fähig sind, die materiellen Bedürfnisse des Instituts zu befriedigen und dessen Mittel zu vergrössern.

13) Die Geschäftsordnung des Komités wird durch vom Komité selbst entworfene Bestimmungen, die jedoch durch den Kurator des Lehrbezirks dem Ministerium der Volksaufklärung erst zur Bestätigung zu unterbreiten sind, festgesetzt.

14) Mit der unmittelbaren Beaufsichtigung der Zuhörerinnen und der Leitung des Internats ist die Inspektrice betraut, die vom Direktor gewählt und auf Vorstellung des Kurators des Lehrbezirks vom Minister der Volksaufklärung bestätigt wird. Der Leitung der Inspektrice unterstehen die Gehilfinnen der Inspektrice, die auf die Vorstellung des Direktors des Instituts vom Kurator des Lehrbezirks in ihren Aemtern bestätigt werden.

15) Der theoretische Unterricht und die Leitung der klinischen Beschäftigungen im Institute wird Personen anvertraut, die ein Recht haben, in den medicinischen Wissenschaften an den Universitäten und anderen medicinischen höheren Lehranstalten zu unterrichten. Mit der Leitung der klinischen Beschäftigungen werden vornehmlich die Oberärzte der Hospitäler beauftragt werden.

16) Bei Eintritt einer Vakanz eines Professoren-Amts wird diese entweder vom Minister der Volksaufklärung nach eigenem Ermessen besetzt, oder aber es wird dem Direktor anheimgestellt, eine Person, die den im Pkt. 14 gestellten Anforderungen entspricht, dem Kurator des Lehrbezirks zur Bestätigung vorzustellen.

17) Die Bibliothekare und diejenigen Personen, die im Institute das Amt eines Geschäfts- oder Rechnungsführers bekleiden, ferner das miethweise angestellte niedere Personal wird vom Direktor angestellt und entlassen.

18) Als Zuhörerinnen des Instituts werden Personen weiblichen Geschlechts, christlicher Konfession, nicht jünger als

20 und nicht älter als 35 Jahre aufgenommen. In besonders beachtenswerthen Fällen können mit Genehmigung des Lehrbezirks-Kurators auch Personen im Alter von über 35 Jahren aufgenommen werden. Die Anzahl der Zuhörerinnen des Instituts wird vom Minister der Volksaufklärung festgestellt.

19) Personen, die in Zahl der Zuhörerinnen des Instituts aufgenommen zu werden wünschen, richten hierüber ein Gesuch an den Direktor unter Hinzufügung nachstehender Zeugnisse: a. über Alter, Stand und Konfession; b. über die Beendigung des Kursus in den in Art. 20 angeführten Lehranstalten; c. der Polizei über ihre Zuverlässigkeit; d. eine schriftliche Erlaubniss der Eltern oder Vormünder, falls die Eltern todt sind und die Bittstellerin noch nicht 21 Jahre alt ist; Verheirathete — eine schriftliche Erlaubniss ihrer Männer und e. andere von der Instituts-Obrigkeit für nothwendig gehaltene Dokumente.

20) Personen, die den vollen Kursus eines Gymnasiums oder anderer Lehranstalten mit gleichen Rechten absolvirt haben, müssen, um in's Institut aufgenommen zu werden, eine Prüfung in der lateinischen Sprache nach den für die Aufnahme in die Universität geltenden Regeln bestehen. Diese Prüfungen werden in den dem Wohnorte der betr. Personen zunächst belegenen Knaben-Gymnasien vorgenommen und falls in der Stadt mehrere Gymnasien vorhanden sind, in dem von dem Kurator des Lehrbezirks bezeichneten. Personen, die die höheren Frauenkurse in St. Petersburg absolvirt und die dort erforderliche Prüfung in der lateinischen Sprache bestanden haben, sowie diejenigen, die ein Maturitäts-Zeugniss der hierzu berechtigten Mädchen-Gymnasien erhalten haben, werden ohne Prüfung in das Institut aufgenommen.

21) Für die Berechtigung, den Vorlesungen im Institute beizuwohnen und für die Benutzung der Hilfsmittel bei den praktischen Arbeiten haben die Zuhörerinnen eine Zahlung zu entrichten, deren Höhe von dem Minister der Volksaufklärung nach dem Beschluss des Kuratoren-Komites bestimmt wird. Innerhalb des Instituts und bei den praktischen Arbeiten in den Medicinal-Anstalten tragen die Zuhörerinnen Uniform-Kleidung.

22) Im Institut werden folgende Fächer vorgetragen: a. Anatomie, b. Normal-Histologie und Embryologie, c. Physiologie, 4. allgemeine Pathologie, c. specielle Pathologie, Therapie, ärztliche Diagnostik und medicinische Chemie, f. organische und anorganische Chemie, g. Physik, h. Mineralogie, Botanik und Zoologie (mit vergleichender Anatomie), i. Pharmakognosie und Pharmacie, k. Pharmakologie mit Receptur, Toxikologie und die Lehre von den Mineralwassern und der Hydrotherapie, l. pathologische Anatomie mit pathologischer Histologie, m. Geburtshilfe (und Klinik), n. Frauenkrankheiten (und Klinik), o. Kinderkrankheiten (und Klinik), p. Hygiene, q. Chirurgie und Desmurgie, r. operative Geburtshilfe (in geburtshilflichen und gynäkologischen Kliniken), s. Syphilidologie und Dermatologie (und Klinik), t. Ophthalmologie (und Klinik) und u. Nerven- und Geisteskrankheiten.

Anmerkung. Aus den Kursen der speciellen Pathologie und Therapie kann, falls hierfür die erforderlichen Mittel vorhanden sind, die Lehre über Ohren-, Hals- und Nasen-Krankheiten abgetheilt werden. Vorstellungen hierüber werden im Konseil des Instituts geprüft und hierauf dem Minister der Volksaufklärung zur Genehmigung vorgestellt.

23. Die direkte Vertheilung der theoretischen Fächer unter die Lehrer, sowie die Organisation des klinischen Unterrichts analog den Fakultäts- und Hospital-Kliniken der Universitäten wird durch den Lehrplan des Instituts bestimmt. Dieser Plan wird vom Instituts-Konseil aufgestellt und vom Minister der Volksaufklärung bestätigt.

24) Der Lekrkursus im Institut währt fünf Jahre und zerfällt in zehn Semester. Von den erwähnten fünf Jahren sind vier Jahre für die medicinische Ausbildung im Institut und das fünfte Jahr — zu praktischen Arbeiten in den speciellen Frauen und Kinderhospitälern, sowie in den geburtshilflichen Anstalten unter der Leitung erfahrener Aerzte bestimmt. Zuhörerinnen, die im Laufe eines Jahres nicht genügende Fortschritte bei den praktischen Arbeiten machen, können auf Bestimmung des Instituts-Konseils zur praktischen Vervollkommnung auf ein weiteres Jahr und falls es sich nothwendig erweist — auf zwei Jahre im Institut belassen werden.

25) Die Anrechnung der Semester, sowie die Halbkursus- und Schluss-Examina werden analog den für die medicinischen Fakultäten angeordneten Regeln und den Art. 2—6 der Fortsetzung zu Art. 596 des Medicinal-Statuts bewerkstelligt.

Anmerkung. Bei Anwendung der Regeln über die Anrechnung der Semester, welche für die medicinischen Fakultäten auf Grund des Art. 478 des Statuts der gelehrten Institutionen und der Lehranstalten verordnet sind, wird der allgemeine medicinische Kursus im Institut mit acht Semestern berechnet und die bei den praktischen Arbeiten (Art. 24) verbrachte Zeit als das 9. und 10. Semester.

26) Der Präsident und die Mitglieder der Prüfungs-Kommissionen zur Vornahme der Prüfungen für die ärztliche Würde im Institut werden vom Minister der Volksaufklärung ernannt.

27) Zuhörerinnen, die den Institutskursus befriedigend absolvirt haben, erhalten das Diplom eines «weiblichen Arztes», welches ihnen folgende Rechte gewährt: a. der allseitigen freien Praxis auf Grund der Verordnungen über die freiprakticirenden Aerzte, unter Eintragung des Namens der Person, die das Diplom erhalten, in Uebereinstimmung mit dem Art. 95 des Medicinal-Instituts in die Liste der zur medicinischen Praxis im Reiche berechtigten Aerzte; b. aus den Apotheken nach Recepten stark wirkende Mittel zu verschreiben; c. in der Eigenschaft von Specialistinnen für Frauen- und Kinderkrankheiten allerorten ohne Staatsdienst-Berechtigung Arzt-Stellungen bei Mädchen-Instituten, Gymnasien, Pensionen, Schulen und anderen weiblichen Erziehungs-, Verpflegungs- und Lehr-Anstalten, sowie bei Frauen- und Kinderhospitälern und geburtshilflichen Anstalten und ebenso bei den Gemeinschaften Barmherziger Schwestern und bei den Medicinal-Polizei-Anstalten zu bekleiden; d. von den Gouvernements-Medicinal-Verwaltungen zur Verwaltung von landwirthschaftlichen medicinischen Bezirken und den in diesen Bezirken befindlichen Land-Hospitälern und Krankenstationen, sowie anderen Land-Heilanstalten und ebenso zur Leitung specieller Frauen- und Kinderhospitäler und Heilanstalten und Frauen- und Kinder-Abtheilungen in den allgemeinen Hospitälern und Heilanstalten und zur Dujour in sämmtlichen Abtheilungen dieser Hospitäler und Anstalten zugelassen und e. in der Eigenschaft einer Gehilfin des Gerichtsarztes zur gerichtlich-medicinischen Besichtignng von Frauen und Kindern hinzugezogen zu werden.

28) Nicht gestattet ist den weiblichen Aerzten die Verwaltung der städtischen allgemeinen Hospitäler und ebensolcher Heilanstalten und der Männer-Abtheilungen dieser Hospitäler und Heilanstalten, sowie die Ausübung der ärztlichen Pflichten in den Wehrpflichts-Behörden und die selbstständige Ausführung von gerichtsmedicinischen Expertisen auf Verlangen der Gerichts-Institutionen.

29) Beim Institut kann nach Uebereinkommen der Ministerien der Volksaufklärurg und des Innern ein besonderer Kursus zur Ausbildung von Personen weiblichen Geschlechts für die pharmaceutische Thätigkeit errichtet werden.

Das St. Petersburger Medicinische Institut für Frauen wird im Laufe des Jahres 1897 eröffnet.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 22. Juli d. J. 6237 (82 wen. als in d. Vorw.), darunter 550 Typhus — (34 mehr), 711 Syphilis — (5 wen.), 69 Scharlach — (5 mehr), 27 Diphtherie — (7 wenig.), 34 Masern — (5 wenig.), und 9 Pockenkranke — (4 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis 22. Juli 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	236	546	137	67	84	8	9	23	47	44	38	30	31	21	6	1,

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 8, Diphtherie 10, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 124, Todtgeborene 22.

Дозв. ценз. Спб. 1 Августа 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 5. (17.) August **1895**

Inhalt: Fedor Tschistowitsch: Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei der Cholera asiatica. — Dr. Alexander Keilmann: Morphiumwirkung bei Kreissenden. — Referate: K. Appel: Zur Lehre von den congenitalen Patellarluxationen. — K. Grube (Neuenahr): Einige Beobachtungen über die Bedeutung des Kalkes bei Diabetes mellitus. — Leichtenstern und Wendelstadt: Unsere Erfahrungen mit dem Diphtherie-Heilserum. — Dr. med. Gustav Amburger †. — Dr. Marcus Hohlbeck †. — Vermischtes. — Anzeigen.

Wohnungsänderung.

Dr. med. **Rudolf Wanach** bittet, vom 1. August a. c. an alle die Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift betreffenden Mittheilungen, Manuscripte etc. an seine neue Adresse: St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital, zu schicken. Sprechstunden am Montag, Mittwoch und Freitag, 2—3 Uhr Nachmittags.

Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei der Cholera asiatica.

Aus dem pathologisch anatomischen Cabinet des Professor K. N. Winogradow.

Von

Fedor Tschistowitsch.

(Vorläufige Mittheilung).

Da gegenwärtig die wissenschaftlichen Daten, betreffend den Charakter der Affection des Centralnervensystems bei der Cholera asiatica spärlich sind, unternahm ich es, auf Proposition von Professor K. N. Winogradow, das Gehirn bei dieser Krankheit zu untersuchen. Ich wollte den Zusammenhang verfolgen, der zwischen dem pathologisch-anatomischen Befund des Centralnervensystems in ausgeprägt algidem Zustande Gestorbener und solcher Kranker, die, in die folgende Reactionsperiode gelangt, unter den Erscheinungen einer schweren Gehirnaffection zu Grunde gehen, existirt; dank diesen Gehirnerscheinungen nennt man ja diese letztere Periode «Choleratyphoid».

Zu diesem Zweck nahm ich in geeigneten Fällen ganz frische Stückchen aus der Rinde des Stirn-, Temporal-, Paracentral- und Occipitallappens, aus dem Corpus striatum, dem Kleinhirn und dem verlängerten Mark und härtete sie in Müller'scher Flüssigkeit (einmal zum Vergleich in Flemming'scher Lösung); nach gehöriger Härtung wurden die Stückchen sorgfältig 24 Stunden lang in Wasser ausgewaschen und zum Schneiden entweder in Gummi arabicum oder, nach weiterer Härtung und Entwässerung in Spiritus von steigender Concentration, in Celloidin eingebettet, oder sie wurden in gefrorenem Zustande geschnitten. Die Untersuchung der Schnitte geschah entweder ganz ohne Färbung oder es wurden folgende Farbstoffe angewandt: Böhmer'sches Hämatoxylin mit Eosin, neutrales, Alaun- und Boraxcarmin, Pikrocarmin, Saffranin, Weigert'sche und Gison'sche Färbung. Die Hauptresultate waren folgende:

1. Schon in den foudroyant verlaufenden Cholerafällen (bei Kranken die im Stadium algidum 24—30 Stunden nach Beginn der Erkrankung gestorben waren) zeigten sich im Gehirn deutliche Veränderungen.

2. Bei Kranken, die im sogenannten Reactionsstadium sterben, lassen sich dieselben Veränderungen beobachten, aber in viel höherem Grade.

3. In einigen schweren Fällen mit scharf ausgeprägtem Typhoid zeigten sich auch höhere Grade der Gehirnveränderungen, ohne dass aber eine beständige Parallele zwischen jenem und diesen zu constatiren wäre.

4. Die erwähnten Veränderungen werden hauptsächlich an den Nervenzellen, aber auch an den Gefässen beobachtet; die Neuroglia zeigt wenig Abweichungen von der Norm, die Nervenfasern werden augenscheinlich nicht afficirt.

5. Die Erscheinungen an den Nervenzellen haben folgenden Charakter: schon in den schnell tödtlich verlaufenden Fällen beginnen die Erscheinungen des Zellödems, das sich in Vergrösserung der Intercellularräume und Bildung feinster Vacuolen (Netze) im Zellkörper äussert; in protrahirten Fällen erreicht das Oedem hohe Grade. Weiter verlieren einige Zellkerne ihr Chromatin (färben sich nicht mit kernfärbenden Mitteln), ihre Con-

touren werden unregelmässig und undeutlich, endlich können die Kerne ganz schwinden. Zu derselben Zeit wird der Zellkörper trübe, grobkörnig (Eiweiss- und Pigmentkörner), verliert seine Verbindung mit den Fortsätzen und verwandelt sich entweder in einen Körnerhaufen, der den Kern umgiebt, oder, wenn auch der Kern die beschriebenen Veränderungen erlitten hat, verwandelt sich die ganze Zelle in ein Häufchen schwer färbbarer grober Körner, die nur einen Theil des weiten Zelleninnern ausfüllen. In andern Fällen wird die Zelle nach Verlust des Kerns mehr homogen, aber nicht glänzend. In den Intercellularräumen, ebenso wie an ihren Wänden und am Körper der Nervenzellen selbst findet man beständig runde und ovale Neuroglia- und Lymphkerne, aber in beschränkter Anzahl; nirgends erhält man ein Bild ihrer Vermehrung oder des Drucks auf die Nervenzellen.

6. Die kleinen Arterien, Venen und Capillaren sind mit Blut überfüllt, die perivasculären Lymphräume beträchtlich vergrössert, enthalten häufig extravasirtes Blut, Haufen von körnigem Pigment und gelbe Schollen, die durch Confluenz von rothen Blutkörperchen entstanden sind; Pigmentkörnchen werden auch in den Gefässwandungen angetroffen. Kleine Blutaustritte kommen auch häufig in der Hirnsubstanz vor. Die Zahl der Neurogliakerne ist bisweilen um die Gefässe grösser als in der Hirnsubstanz selbst, geht aber nicht über die Grenzen der Norm hinaus.

Eine Auswanderung von Leukocyten ist nicht zu beobachten, sie werden nur in vereinzelten Exemplaren angetroffen.

7. Die Zellsubstanz der grösseren Neurogliaelemente mit deutlichem Protoplasma unterliegt auch dem körnigen Zerfall, ihre Kerne sowie die kleinen Neurogliakerne dagegen verändern sich nicht in sichtbarer Weise. Die Untersuchung der Zahl und der Grösse der Neurogliakerne ist noch nicht beendet.

8. Nach der Ausbreitung und dem Grade der Affection stehen an erster Stelle die Stirn- und Paracentralwindungen, am wenigsten werden das Kleinhirn und die Hinterhauptwindungen verändert. Die übrigen Gehirntheile nehmen eine mittlere Stellung ein.

9. Aus allem Gesagten ist ersichtlich, dass die Gehirnveränderungen bei Cholerakranken, sowohl der im algiden Stadium als auch der in der Reactionsperiode und im Typhoid gestorbenen, einen acut-degenerativen und nekrotischen, nicht einen vasculär entzündlichen Charakter haben.

Morphiumwirkung bei Kreissenden.

Von

Dr. Alexander Keilmann.

Assistent a. d. Kgl. Frauenklinik zu Breslau.

Im vorigen Jahrgang dieser Zeitschrift (№ 35) macht College Kupffer auf das Morphium als «Verstärkungsmittel zu schwacher Wehen» aufmerksam und empfiehlt dasselbe als direct contractionserregendes Mittel, das zugleich der Wehenwirkung entgegenstehende Hindernisse hinwegräumt — insbesondere die Spannung des Dammes. Der Tonus der glattfaserigen Musculatur (Uterus) werde erhöht, die Spannung der quergestreiften (Damm) vermindert. «Sei dem, wie ihm wolle» sagt Kupffer «jedenfalls werden die Wehen durch Einnahme von Morphium nicht unbedeutend verstärkt».

Da Kupffer Bezug nimmt auf die Mittheilung meiner Beobachtungen über Wehenschwäche [1]) und in der — übrigens beiläufigen — Aufzählung der sogenannten Wehenmittel das Morphium vermisst, erlaube ich mir, mich zu der Frage, ob Morphium ein Wehenmittel ist, zu äussern. Wie Kupffer mit Recht hervorhebt, ist Morphium nirgends als ein Mittel, das den Uterus zu Contractionen anregt, genannt: ich kann nach Durchmusterung der Literatur diese Thatsache bestätigen, doch auch nicht unterlassen zu betonen, dass das nicht anders zu erwarten war. Die überaus wohlthätige Wirkung des Morphium in vielen Geburtsfällen, die durch alte Erfahrung bekannt ist, konnte von Niemandem auf contractionserregende Eigenschaften des Mittels bezogen werden. Deshalb durfte ich das Morphium auch nicht mit Mitteln in eine Reihe stellen, von denen Auslösung von Uteruscontractionen erwartet wird. Morphium bewirkt — das ist garnicht zweifelhaft — das Gegentheil.

Wenn man auch absehen wollte von den pharmakologisch festgestellten Eigenschaften des Morphium, gäbe die Erfahrung der Geburtshelfer nach dieser Richtung genügenden Aufschluss.

Abstumpfung der Schmerzhaftigkeit und Verlängerung der Wehenpausen sind die sehr werthvollen Effecte der Morphiumdarreichung auf dem Kreissbette. Diese zwei Wirkungen sichern dem Mittel einen dauernden Platz in dem Arzeneischatz zur Behandlung der Eröffnungsperiode.

In allen Fällen, in denen die normale, vollkommene, der Contraction folgende Erschlaffung des Uterusmuskels fehlt, ist die Anwendung geringer Morphiumdosen indicirt. Die danach eintretende Verlängerung und vollkommene Ausbildung der Wehenpause fördert in klarer Weise die Geburt, indem der regelmässige Wechsel von Contraction und Erschlaffung den Erfolg der ersteren sichert und ihrer Wirkung entgegenstehende Hindernisse in etwaigen spastischen Zuständen der Cervix beseitigt (Wiglesworth)[2]). Unter gleichen Umständen liegt in der Morphiumwirkung noch ein zweiter Vorzug von grosser Bedeutung, das ist der Schutz des Kindes. 5—10 heftige, von zu kurzen Pausen unterbrochene Wehen können, zumal bei vorzeitigem Blasensprung das Kind in Lebensgefahr bringen. Wenn aber die voll ausgebildete Pause der Plancentarcirculation nach jeder Beeinträchtigung durch Wehencompression die Möglichkeit giebt, sich voll wiederherzustellen, so kann das Kind bei tagelangem Kreissen lebensfrisch bleiben. In acuten Fallen habe ich sogar mehrfach manifeste Asphyxie des Kindes, wenn sie durch zu heftige Wehen bedingt war, durch tiefe Narcose der Mutter geheilt und nach Stunden die spontane Geburt eines lebensfrischen Kindes erzielt. Mancher Cervixriss kann so vermieden werden, da man mit diesem Hilfsmittel nicht gezwungen ist die Zange anzulegen zu einer Zeit, wo die Extraction noch schwierig ist und für die Mutter daher nicht ohne Gefahr ist, das Kind anstatt es zu retten unter solchen Umständen in noch schwerere Gefahr bringt. Vor Allem der geschilderten Prophylaxe der Asphyxie, die sich auf Regelung der Wehen bezieht, wie auch der mitgetheilten Therapie, die eine temporäre Sicherung der Wehen bezweckt ist es zuzuschreiben, dass unter den letzten 800 Geburten in der hiesigen Station nur in 35 Fällen (4,3 pCt.) die Zange angelegt werden musste, und zwar nur 4 Mal wegen Asphyxie d. h. in 0,5 pCt. der Geburten. Das Kind bot die Indication im Ganzen 13 Mal (1.5 pCt.) und war hier oft auch Asphyxie oder drohende Asphyxie mit bestimmend, die Ursache[3]) derselben lag jedoch ausserhalb des Rahmens dieser Betrachtung. Hervorzuheben ist hier, dass auch das hiesige klinische Material sich überwiegend aus Primiparen zusammensetzt und der vorzeitige Blasensprung durchaus nicht selten ist. Als Assi-

[1]) Diese Zeitschrift 1894. № 24 u. 25.

[2]) Wiglesworth: Ueber Morphium, als ein die Geburt beförderndes Mittel (The obstetr. Journ. of Great. Brit. 1877); Centralbl. f. Gyn. 1878. № 3.

stent der Dorpater Klinik habe ich bei ca. 500 Geburten in der Poliklinik in 10—12 pCt.[4]) der Fälle mit der Zange entbunden. Dabei waren ausser der Eclampsie, die dort häufiger war, als hier, die Indicationen seitens der Mutter meiner Erinnerung nach sehr selten. Diese Differenzen führe ich darauf zurück, dass ich das Morphium resp. Chloroform hier öfter in Gebrauch genommen habe, als in Dorpat. Das sind m. E. die Gesichtspunkte für die Indicationsstellung zur Morphiumdarreichung und zwar in der Eröffnungsperiode.

In der Austreibungsperiode kann das Morphium desgleichen eine bedeutende Förderung der Geburt vermitteln, jedoch wiederum nicht durch Erregung von Contractionen, sondern namentlich durch seine schmerzstillende Wirkung. Diese ermöglicht eine volle Entfaltung der Bauchpresse. Starke Empfindlichkeit und Schmerzhaftigkeit veranlasst die Kreissende leicht, den Presswehen durch willkürliche Verhaltung des angeregten Mitpressens einen wesentlichen Theil ihrer Kraft zu nehmen; bei abgestumpfter Schmerzempfindung aber kann die Frau ihre Wehen gut «verarbeiten», was in der Austreibungszeit von hervorragender Bedeutung ist. Bei Erstgebärenden muss man allerdings mit energisch schmerzstillenden Mitteln vorsichtig sein, denn man bedarf des die allzu heftige Austreibung hemmenden Schmerzes zum Dammschutz. Eine Entspannung der quergestreiften Dammmusculatur kann durch Morphium nicht erreicht werden — eine gar zu ausgiebige «Entspannung» der quergestreiften Musculatur der Bauchdecken würde aber die gewünschte Wirkung des Anästheticums illusorisch machen.

In dieser Weise allein lässt sich die in der That oft sehr schätzenswerthe die Geburt fördernde Wirkung des Morphiums verstehen; zugleich aber ergiebt sich aus dieser Auffassung die wichtige Indicationsstellung für die Anwendung des Morphiums in der Geburt; unter allen Umständen müssen Uteruscontractionen vorhanden sein, und zwar kräftige — schwache Wehen werden durch Morphium zwar nicht direct verstärkt, oft sogar zum Schwinden gebracht. Die Erfahrungen an drohenden Aborten und Frühgeburten, bei deren Abstellung Morphium nicht selten wesentliche Dienste leistet, bestätigt dieses.

Versuchsweise habe ich ohne besondere Indication Kreissenden Morphium verabreicht und muss aus den frischesten, ad hoc gemachten Erfahrungen oben dargelegte Ansichten aufrecht erhalten. Ich habe in normalen Fällen gar keinen Effect kleiner Morphiumdosen beobachten können — die Wehen bleiben wie sie waren und wie sie dem Stadium der Geburt entsprechen. Wo die Wehen eben begonnen und die locale Beeinflussung der eignen Uteruscentren durch das Ei geringfügig waren, konnten durch Morphium (Abstumpfung der Reflexe) die Contractionen ganz abgestellt werden. In einem Falle habe ich 38 objectiv constatirbare Wehen mit Pausen von durchschnittlich 2,7 Minuten (min. u. max. 1 u. 5) beobachtet; diesen folgten 13 Wehen mit Pausen, deren mittlere Dauer 4,1' Minute (2 u. 7) betrug; danach gab ich 0,01 Morphium per os und konnte nun noch 11, immer schwächer werdende Wehen constatiren mit Pausen von durchschnittlich 6,9 Minuten (3 u. 20), — weiter traten keine Contractionen auf.

[3]) Nabelschnurvorfall 3 Mal, Ascites und Hydrothorax 2 Mal, Doppelmissbildung 1 Mal, zweier Zwilling 3 Mal.

[4]) In Küstner's «Berichten u. Arbeiten» pag. 43 (Wiesbaden 1894) theilt Redlich mit, dass unter 1400 Geburten der Dorpater Poliklinik 10,78 pCt. (10,68 in allen preuss. Polikliniken) Zangengeburten waren; davon waren 5,7 pCt. durch «Gefährdung des Kindes» indicirt. In der Klinik (cf. Buchholz l. c. p. 89) wurde die Zange in 12 pCt. der Geburten applicirt, davon wegen Gefährdung des Kindes in 7,6 pCt., während diese zusammenfassende Indication in der Breslauer Station seit dem 1. April 1894 nur in 1,5 pCt. aller Fälle massgebend war.

Aus dieser Beobachtung nun leite ich nicht etwa den unbedingten Satz ab, dass jene Gabe Morphium die Wehen unterbrochen hat, wohl aber, dass sie die Wehen nicht verstärkt hat. Bei diesem Versuch war der vorliegende Kindskopf frei beweglich über dem Becken, die portio erhalten. Die Frau (III para) wurde nach 3-tägiger Beobachtung am 221 Tage ihrer Schwangerschaft als Gravida entlassen (Klin. Journ. 1894/95 № 491) 31 Tage später kam sie mit kräftigen Wehen in die Anstalt und gebar das Kind.

Am selben Tage (5. December 1894) machte ich eine weitere Beobachtung, deren hier erwähnt sein möge, weil sie die Austreibungsperiode bei einer Erstgebärenden betraf. (J. № 490. 1894/95). Bei dieser hatte ich 20 Wehen mit Pausen von durchschnittlich 3,3 Minuten aufgezeichnet und gab dann 0,01 Morphium — es folgten 6 Wehen mit durchschnittlich 3,0 Minuten langen Pausen, deren letzte das Kind zur Geburt brachte. Hier konnte nach keiner Richtung eine Beeinflussung der kräftigen durchaus physiologischen Wehen constatirt werden. Die anatomischen Bedingungen[5]) für physiologische Wehenthätigkeit waren gegeben und das blieb in diesem Falle trotz Morphium massgebend, im ersten Falle waren sie nicht gegeben und das war wiederum massgebend.

Innerhalb gewisser Grenzen wird das Morphium unbestritten ein sehr schätzenswerthes Mittel zur Förderung und Unterstützung der Geburt bleiben und zwar bei verschiedenartigen Zuständen, so in der Eröffnungsperiode bei unregelmässigen Wehen, zu kurzen Pausen, bei zu heftigen oder pathologisch-schmerzhaften Wehen, tetanus uteri; im letzteren Falle kommen allerdings grössere Dosen oft in Verbindung mit Chloroform in Betracht. Bei engem Becken, das noch eine spontane Geburt gestattet, ist die Morphiumdarreichung desgleichen indicirt, um der vorzeitigen Ermüdung des Uterusmuskels durch Sicherung guter Pausen vorzubeugen und zugleich das Kind zu schützen, wie die drohende Asphyxie als Indication für die Application des Morphium überhaupt mit Wehenanomalien zusammenfällt. Bei wirklicher Wehenschwäche (Diagnose) aber hat die Anwendung des Morphium «zur Förderung der Geburt» nur Berechtigung, wenn man die Wehenthätigkeit durch grössere Dosen ganz unterbrechen und womöglich der Frau einige Stunden tiefen Schlafes vermitteln will, worauf dann — wenn die Bedingungen zur Geburt gegeben sind — meist der Verlauf ein sehr befriedigender ist. Das gilt insbesondere für ausgebildete secundäre Wehenschwäche (cf. unten Spiegelberg). Der Gesichtspunkt der directen Erregung von Contractionen, den Kupffer in Anspruch nimmt, besteht jedoch für die Morphiumwirkung bei wirklicher Wehenschwäche nicht.

In der Austreibungsperiode giebt namentlich der die Bauchpresse hemmende Schmerz gelegentlich die Anzeige zur Anwendung von Morphium oder Chloroforminhalationen.

Bin ich somit — wenn auch aus wesentlich anderen Gründen — wie Kupffer der Ansicht, dass Morphium für die Leitung pathologischer Geburten im kleinen geburtshilflichen Medicinkasten nicht fehlen darf, so möchte ich doch die Anwendung dieses Mittels in der Nachge-

[5]) cf. Keilmann: z. Klärung der Cervixfrage Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22. 1891.
Knüpffer: Ueber die Ursache des Geburtseintritts. Diss. Dorpat 1892.
Keilmann: Ueber die Ursache des rechtzeitigen Geburtseintritts. Sitzungsbericht der Dorpater Naturforscherversammlung 1893 u. diese Zeitschr. 1894 № 23, ebenso Centralblatt f. Gyn. 1894.
Keilmann: Geburten mit Wehenschwäche (V. Livl. Aerztetag), diese Zeitschrift 1894. № 24 u. 25.
Weidenbaum: Ueber die Nervencentren an den Gebärorganen der Vögel, Reptilien und Amphibien. Diss. Dorpat 1894.
v. Winckel: Lehrbuch II. Auflage p. 119.

burtsperiode eher für gefährlich, als für gleichgültig, nur unter einer einzigen Bedingung aber für nützlich halten, nämlich, wenn die gelöste Placenta von einer Strictur des inneren Muttermundes zurückgehalten wird; dieses muss aber auch diagnosticirt sein. In allen anderen Fällen kann Morphium nur deshalb ungefährlich sein, weil es in kleinen Dosen eine zu geringe Wirkung hat. In der Nachgeburtsperiode ist der Wehenapparat abhängiger von centraler Innervation und reflectorischen Effecten, als in den beiden ersten Perioden, in welchen die directe Beeinflussung der Wehencentren überwiegt. Erfolgreiche Abstumpfung oder gar Trennung der Verbindungen mit dem Centralnervensystem erhöht die Gefahr der Atonie. Dazu stimmt die Thatsache, dass das Kobert'sche Cornutin, welches nach unseren Dorpater und Breslauer Erfahrungen das wirksamste, ja das einzig wirksame Mittel zur Bekämpfung atonischer Zustände des Uterus nach vollendeter Geburt ist[6]), den aus seinen centralen Verbindungen gelösten Uterus nicht zur Contraction bringt. Herr Prof Kobert hat dieses ausdrücklich bei Gelegenheit einer Discussion in der Dorpater Naturforscher-Gesellschaft (20. Nov. 1893) betont.

Dass kleine Morphiumdosen in der Nachgeburtsperiode nicht immer schaden will ich allenfalls zugeben, dass sie — ausser in dem einen Falle — nützen, muss ich bestreiten.

Nachdem ich in obigen Mittheilungen die Indicationsstellung für die von Kupffer empfohlene Anwendung des Morphiums auf dem Kreissbett aus eigner Erfahrung zu beleuchten versucht habe, will ich zum Schluss nicht unterlassen, eine kurze Uebersicht über die Literatur zu dieser Frage an dieser Stelle zu geben, die zeigen soll, dass die oben dargelegten Anschauungen nicht nur meiner Erfahrung entsprechen, sondern durch viel ältere Studien bestätigt sind.

Zunächst verweise ich auf die Lehrbücher der Geburtshilfe, deren Autoren in der Anwendung des Morphium und in der Auffassung seiner Wirkung in oben dargelegtem Sinne übereinstimmen, und sich dabei z. Th. auf eigne Untersuchungen z. Th. auf unten zu nennende Veröffentlichungen stützen. Ich beschränke mich darauf, die betr. Stellen hier zu nennen: Hohl (Leipzig 1862) pag. 497 u. 498, Schröder (Bonn 1877) pag. 212, 474, 476. Veit (Müller's Handbuch. Stuttgart 1889) Bd. II, p. 110, Zweifel (Stuttgart 1889) pag. 352, 357, 423, 573. Spiegelberg-Wiener (Jahr 1891) p 437 u. 441. Runge (Berlin 1891) pag. 127 und 315, Kaltenbach (Stuttgart 1893) pag. 249. v. Winckel (Leipzig 1893) pag. 483 und 486, Auhlfeld (Leipzig 1894) pag. 241 und 242. In keinem der genannten Lehrbücher wird das Morphium als wehenerregendes Mittel genannt.

In Specialarbeiten ist — soweit ich feststellen konnte — das Morphium zuerst im Jahre 1863 von Poppel[7]) bei Krampfwehen empfohlen worden. Im Jahre 1866 hat Lebert[8]) Morphium mit Erfolg applicirt «bei schmerzhaften und besonders bei Krampfwehen». 1868 theilte Kormann Beobachtungen über Morphiumwirkung bei Kreissenden mit und im selben Jahre äusserte sich auch Spiegelberg über diesen Gegenstand.

Kormann[9]) hält subcutane Morphiuminjectionen unter der Geburt für indicirt

1) bei schmerzhafter Eröffnungs- und Austreibungsperiode besonders
   a) bei Erstgebärenden
   b) bei Beckenenge
2) bei Krampfwehen.
3) bei schmerzhaften Geburtscomplicationen überhaupt.

Die Beobachtungen Kormanns beziehen sich auf 59 Geburten, in denen Morphium angewendet worden ist. Als Beispiel sei angeführt, dass in einem Fall in 15 Minuten 7 Wehen eintraten, nach Darreichung einer kleinen Morphiumdose im gleichen Zeitraume nur 3 Wehen constatirt werden konnten. Interessant und hergehörig ist auch die Aeusserung Spiegelbergs[10]): «Fehlerhafte Wehenthätigkeit war nicht selten, wird aber von uns kaum mehr als selbständige Anomalie betrachtet. . . . . Demgemäss reichten je nach Umständen einfaches Warten und Geduld, oder leichte diätetische Mittel zur Beseitigung auch immer aus; von Wehen treibenden und Wehen regulirenden Mitteln machten wir äusserst selten Gebrauch' wenn man nicht die zur Milderung des Schmerzes' der Unruhe, des Wehendranges und zur Herbeiführung von Schlaf — der bei lang sich hinziehenden Geburten ein so wohlthuendes Restaurationsmittel ist — häufig von uns angewandten subcutanen Morphiuminjectionen dahin rechnen will.»

Fränkel[11]) (1874) schlug zur Lösung von Uterusspasmen die «combinirte Anwendung von Morphium und Chloroform» vor und weil diese oft nicht ausreichte Morphium-Atropininjectionen. Die durch solche, an sich allerdings nothwendige, Therapie eventuell bedingte Gefahr der Atonia post partum und Nachblutung berücksichtigt Fränkel ausdrücklich und räth zur Vermeidung dieser Gefahren «geeignete (d. h. vorsichtige d. V.) Dosirung und sonst gute Leitung der Nachgeburtsperiode».

Im Jahre 1878 berichtet Fehling[12]) über Anwendung von Morphium intra partum.

Fehling hat unter ca. 200 poliklinischen Geburten 19 Mal Morphium angewendet und beurtheilt in erster Linie die Wirkung auf den Fötus, aus dem Zusammenhange geht jedoch hervor, dass unregelmässige Wehen, enges Becken u. s. w. vorlagen. Gleichzeitig mit der Fehling'schen Arbeit ist eine Untersuchung von Pinard[13]) erschienen, aus der Hüter[14]) folgenden Satz referirt: «Die lähmende Wirkung des Morphium auf die Uterinfaser ist prompt und sicher». Endlich behandelt Fürst[15]) im Jahre 1889 ausführlicher die Folgen des

---

[6]) Um diese Ueberzeugung in dieser absoluten Form zu gewinnen, muss man für die Anwendung des Cornutin strenge Indication stellen d. h. nicht die Blutung, sondern die Atonie muss die Anzeige sein. Beispielsweise kann bei einer Blutung aus einem Cervixriss das Cornutin scheinbar versagen. Die Dührssen'sche Tamponade stillt wahrscheinlich die Blutung prompt, bekämpft jedoch die Atonie erst in zweiter Reihe. Dass ich an mehr als 1500 klinischen und poliklinischen Geburten wegen Uterusatonie nicht ein einziges Mal zur Dührssen'schen Tamponade greifen musste und aus dieser Ursache auch keine Frau verloren habe, kann ich neben der bei uns üblichen Leitung der Geburt und Nachgeburt nur darauf zurückführen, dass ich das Kobert'sche Cornutin in der Küstner'schen Klinik als erprobtes Mittel vorfand und die für die Praxis so bequemen Phiolen stets zur Anwendung bereit habe. Thermische Localreize können nach einigen Erfahrungen, die ich darüber gemacht habe mit dem Cornutin nicht concurriren, sind sogar in gewissem Sinne gefährlich (Luftherz).

[7]) Poppel: Ueber krampfhafte Zusammenziehungen des Uterus, speciell über spastische Stricturen des äusseren Muttermundes in der Eröffnungsperiode. Monatschr. f. Geburtskunde Bd. 21. p. 337.

[8]) Lebert: Ueber die subcutane Anwendung des Morphium als Mittel, um die Schmerzen der Geburt und die Krampfwehen zu mildern. Monatschr. f. Geburtsk. Bd. 28 p. 234 (auch Berl. Kl. W. 1866).

[9]) Kormann: Die Anwendung subcutaner Morphium-Injectionen unter der Geburt u. in den ersten Tagen des Wochenbettes. Monatschr. f. Geburtskunde Bd. 32. p. 114.

[10]) Spiegelberg: Bericht über die Leistungen der gynäcologischen Klinik und Poliklinik an der Universität zu Breslau in den Studienjahren vom October 1865 bis ebendahin 1867. Monatsschrift für Geburtskunde Bd. 32, pag. 282.

[11]) Fränkel: Ueber eine neue Behandlungsmethode spastischer Uterusstricturen in der Austreibungs- und Nachgeburtsperiode. Vortr. i. d. Naturforscher-Versammlung zu Breslau 1874. Bericht im Archiv f. Gyn. B. 7, p. 375.

[12]) Fehling: Arch. f. Gyn. B. 12.

[13]) Pinard: Chloroform, Morphium und Chloral während der Geburt. Paris. Doin 1878.

[14]) Centralblatt 1879, Bd. III. pag. 191.

[15]) Fürst: Morphium bei Schwangeren, Gebärenden und Säugenden. Wiener klinische Wochenschrift 1889.

Morphiumgebrauchs in der Schwangerschaft und unter der Geburt; auch Fürst richtet seine Aufmerksamkeit mehr auf das Kind und kommt übereinstimmend mit Kormann, entgegen dem Bedenken Fehlings zum Resultat, dass das Kind nicht leicht daher Schaden nehme. Hinsichtlich der Wehen äussert sich Fürst an mehreren Stellen: zunächst kommt auch für ihn das Morphium bei atypischen und zu schmerzhaften Wehen in Frage, was die etwaige Auslösung von Uteruscontractionen betrifft, theilt Fürst eine Reihe von Fällen mit, in denen morphinistische Frauen die Kinder ausgetragen haben, bei denen die Entziehung des Morphiums jedoch Uterinkoliken veranlasste; gegen drohende Frühgeburt und habituelle Neigung dazu, spricht Fürst dem Morphium hervorragende Bedeutung zu. Nach mehrstündiger Wehenthätigkeit dieselbe durch Darreichung von Morphium unterbrochen zu haben, berichtet Fürst desgleichen. Weiter sagt der genannte Autor: «Die normalen Geburtswehen werden erfahrungsgemäss durch kleine Dosen Morphium und andere Narcotica, die zur Anästhesie schon völlig ausreichen nicht nachtheilig beeinflusst» und führt das mit Recht auf die aus Experimenten längst erschlossene Thatsache zurück, dass das Centralnervensystem bei Erregung von Geburtswehen eine untergeordnete Rolle spielt. Im Uebrigen verwendet Fürst das Morphium auf oben dargelegte Indicationen und nimmt eine Herabsetzung[16]) der Wehen bei grösseren Dosen an. Eine Erregung von Uteruscontractionen nach Morphium geschweige denn durch Morphium, constatirt der Autor unter seinen zahlreichen Beobachtungen kein einziges Mal. In einem Fall berichtet er über hochgradige Atonie nach Abgang der Nachgeburt, nachdem im schleppenden Geburtsverlauf 2 Morphiuminjectionen applicirt waren. Hierbei hält Fürst es für nöthig, ausdrücklich nachzuweisen, dass in diesem Falle «die mangelhafte Wehenthätigkeit mit der Verabreichung von Morphium in keinem Zusammenhange war.» Dass Morphium Wehen geschaffen oder verstärkt hätte, ist ganz ausgeschlossen und wird diese Möglichkeit auch von Fürst in keiner Weise angenommen. Die ausführlichen und sorgfältig beobachteten Geburtsgeschichten, die die genannten Autoren ihren Betrachtungen zu Grunde legen, rechtfertigen ihre Schlüsse vollkommen; ohne solche Unterlage können leicht subjective Eindrücke mit exacten Schlussfolgerungen verwechselt werden.

Der Vollständigkeit wegen, wäre noch darauf hinzuweisen, dass, wie Morphium sich im Grossen und Ganzen auch andere Narcotica verhalten und darüber Mittheilungen von Winckel[17]), Schatz[18]) und Dönhoff[19]) vorliegen.

Dass Wehen durch ein derartiges Mittel verstärkt werden, wird, soweit ich feststellen konnte nur ein einziges Mal behauptet und zwar von Tittel[20]), der diese Eigenschaft dem Stickstoffoxydul zuschreibt, ohne das zu Grunde liegende Material vorzulegen. In der der Tittel'schen Mittheilung folgenden Discussion der Dresdener gynäkologischen Gesellschaft versagt v. Winckel dieser Thatsache auch die Anerkennung und ich kann hinzufügen, dass aus den genauen Aufzeichnungen Klikowitschs[21]) dieselbe auch in keiner Weise hervorgeht.

Manchem Leser dieser Zeilen bieten dieselben nichts Neues. Durch das kurze Referat der hergehörigen Literatur hoffe ich jedoch, denen die dieselbe direct zu studiren keine Veranlassung haben, Anhaltspunkte zur Indicationsstellung für Anwendung des Morphiums gegeben zu haben

Bei richtiger Indicationsstellung ist die Anwendung des Morphiums in der Geburtshilfe zweifellos von segensreichen Folgen begleitet — ein Wehenmittel im gewöhnlichen Sinne aber ist es ebenso wenig, wie irgend eins, das je diesen Ruf genossen.

[16]) Es muss hierbei, wie ich annehmen möchte, die Dosis in Verhältniss zur Wehenstärke stehen.

[17]) Winckel: Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. 25.

[18]) Arch. für Gynäkologie Bd. 3.

[19]) Arch. für Gynäkologie Bd. 42.

[20]) Centralblatt für Gynäkologie 1882 p. 120 u. 1883 p. 162.

[21]) Arch. für Gynäkologie Bd. 18.

Referate.

K. Appel: Zur Lehre von den congenitalen Patellarluxationen. (Münch. med. W. Nr. 25, 26.)

Bei 2 Patienten der Halleschen Klinik, die diese verhältnissmässig seltene Anomalie aufwiesen, fand A. am erkrankten Kniegelenk eine Deformirung des Condylus externus femoris, einschliesslich der auf ihm liegenden Trochleahälfte, dergestalt, dass der äussere Trochlearand seine normale, leistenförmige Configuration verloren hatte und der Condylus in toto auf seiner Aussenfläche dachförmig abgeflacht erschien. Hierdurch war der dem Condylus externus angehörige Theil der Trochlea verschmälert, die Trochlea selber im oberen Abschnitt verstrichen. Diese Deformität des Condylus externus femoris, die als Bildungshemmung oder Folge von Rachitis aufgefasst werden muss, erklärt auch das Zustandekommen der Luxation. Schon ein geringes Trauma oder eine kräftige Contraction des M. quadriceps wird genügen, um eine Subluxation auszulösen. Oder die Patella wird früher oder später bei stark entwickelter Deformität des Condylus resp. bei entsprechend heftigem Trauma, und dann wohl erst immer intra vitam, gänzlich über den Condylus hinweg auf seine Aussenseite gehebelt.

Weyert.

K. Grube (Neuenahr): Einige Beobachtungen über die Bedeutung des Kalkes bei Diabetes mellitus. (Münch. med. W. Nr. 21.)

Ein an schwerem Diabetes leidender 25-jähriger Patient, der bereits aufgegeben war, wurde wieder leistungsfähig durch tägliche Einnahme von gepulverten Eierschalen, wie ihm das von einem gleichfalls diabetischen Arbeiter angerathen war. Er nahm bedeutend an Gewicht zu und hatte keinerlei subjective Symptome. Trotz dieses günstigen Verhaltens schied er bedeutende Zuckermengen im Harn aus, daneben Aceton und vorübergehend Diacetsäure. In 2 anderen schweren Fällen von Diabetes war eine gleich günstige Wirkung eingetreten, einmal nach Behandlung mit gepulverten Eierschalen, das andere Mal nach Darreichung einer Combination von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk (täglich 4,0), als den Hauptbestandtheilen der Eierschale. Da bekanntlich Kalk und Phosphorsäure bei Diabetes in vermehrter Menge ausgeschieden werden, und die nach Genuss von kohlensaurem und phosphorsaurem Kalk eintretende Wirkung in obigen Fällen eclatant war, so glaubt G., dass es sich wohl verlohnt, der Frage näher zu treten und weitere Versuche zu machen. Die Zuckerausscheidung wurde allerdings nicht beeinflusst, daher auch noch kein Mittel gegen den Diabetes selbst damit gefunden.

Weyert.

Leichtenstern und Wendelstadt: Unsere Erfahrungen mit dem Diphtherie-Heilserum. (Münchener med. W. Nr. 24.)

Bis zum 15. März 1895 wurden 123 Patienten des Kölner Augustahospitals mit Serum behandelt. Die Mehrzahl waren «schwere und schwerste» Erkrankungen*). Die Fälle mit Betheiligung des Larynx und Stenosenerscheinungen bildeten einen beträchtlichen Procentsatz (30 pCt.). Die Gesammtmortalität ging von 30,9 Proc. vor der Serumbehandlung auf 20,3 Proc. zurück, die Mortalität der Tracheotomirten von 64 Proc. auf 43 Proc. Dabei konnte aber nicht constatirt werden, dass sich in Folge der Serumbehandlung der Rückgang der einmal begonnenen Larynxstenose häufiger ereignete als in früheren Zeiten. Eine Verminderung der Mortalität der Nichtoperirten wurde nicht beobachtet (vor der Serumbehandlung 9—18 Proc., jetzt 10 Proc.) Ferner konnten die Verf. nicht den Eindruck gewinnen, dass die Diphtherie Station in der Serumperiode eine total veränderte, wesentlich günstigere Physiognomie dargeboten hätte, wie das von anderer Seite berichtet wurde. Schädliche Nebenwirkungen des Serums wurden auch hier nicht wahrgenommen, so dass die Verf. ohne gerade Ausserordentliches von der Serumbehandlung zu erwarten, sich doch zu Anhängern derselben bekennen.

Weyert.

*) Der wenig beweiskräftige Ausdruck: «schwere und schwerste» Erkrankungen ist unserer Meinung nach überflüssig. Es genügt, die Diphtheriefälle in leichte, mittelschwere und schwere einzutheilen. Ref.

Dr. med. Gustav Amburger †.

Am 30. Juli kam aus Finnland die Trauerkunde von dem Heimgange unseres theuren Freundes und Collegen Dr. Gustav Amburger. Nachdem er schon früher an chronisch tuberculösen Processen in den Lungen und während der letzten Jahre an einer schweren tuberculösen Kniegelenk-Affection gelitten, ist er nun einer tuberculösen Meningitis erlegen. Unerwartet hat der schwere Verlust die zahlreichen Freunde und Verehrer dieses unvergesslichen Mannes getroffen, unerwartet selbst diejenigen, denen sein langjähriger Krankheitszustand wohl bekannt war. Nicht ohne Sorge, aber doch mit der Hoffnung auf eine Besserung seines Zustandes sahen wir ihn zu Beginn dieses Sommers den gewohnten, ihm sonst so heilsamen Landaufenthalt in Hortona bei Wiborg aufsuchen — und nun, vor wenigen Tagen, haben wir seine sterbliche Hülle zu Grabe getragen!

So sei ihm auch an dieser Stelle die letzte Ehre erwiesen!

Gustav Amburger, geboren 1840 zu Archangel, besuchte die St. Petri Schule hierselbst und bezog 1857 die Universität Dorpat zum Studium der Medicin. Neben seinem Studium daselbst (1857-61) nahm er als Mitglied der Corporation Fraternitas academica Dorpatensis auch regen Antheil am Burschenleben. Nachdem er dann in Deutschland, hauptsächlich in Würzburg, seine Studien fortgesetzt, absolvirte er 1866 das Arztexamen. In demselben Jahre wurde er als Ordinator am hiesigen Marien-Magdalenen-Hospital angestellt, an welchem er lange Zeit, gemeinsam mit seinem vor ihm dahingegangenen Freunde Dr. Robert Hüber, gewirkt hat. 1872 wurde er in Dorpat auf Grund seiner Dissertation: «Zur Kritik der schlafmachenden Wirkung des Bromkaliums» zum Doctor medicinae promovirt. Seit 1868 diente er als Arzt an der Hauptverwaltung des Militär-Ingenieurwesens, in welcher Stellung er das besondere Vertrauen und die Freundschaft des Generals v. Totleben genoss. Zu seinem eigenen und seiner Dienstcollegen Bedauern sah er sich im Jahre 1889 durch sein damals beginnendes Kranksein genöthigt, die liebgewordene Hospitalarbeit aufzugeben. Den Posten an der Ingenieur-Verwaltung aber hat er bis zu seinem Tode innegehabt.

Reich begabt an Geist und Gemüth hatte Amburger in hohem Maasse alle die Eigenschaften, die den tüchtigen Arzt ausmachen. Aufmerksam in der Beobachtung, gründlich bei der Untersuchung, streng individualisirend in der Beurtheilung und Behandlung des einzelnen Krankheitsfalles — so erwarb er sich bald das Vertrauen der Fachgenossen sowohl wie der Kranken. Schätzten Jene ihn wegen seines klaren und einsichtsvollen Urtheils ganz besonders als Consultanten, so hingen Diese mit Liebe und mit Dankbarkeit an ihm, dem Hausarzte. Denn gerade in der so verantwortlichen und mühevollen Arbeit des Hausarztes kam nicht nur seine ärztliche Tüchtigkeit, sondern auch der volle Werth seiner ausgeprägten Persönlichkeit so recht zur Geltung.

Neben der zeitraubenden Hospitalsarbeit, den dienstlichen Pflichten und den Anforderungen der Privatpraxis ist Amburger unausgesetzt bestrebt gewesen, seine Beobachtungen und Erfahrungen am Krankenbett auch wissenschaftlich zu verarbeiten und den Fachgenossen mitzutheilen. Davon legen sowohl seine zahlreichen Vorträge im «Deutschen ärztlichen Verein» dessen Secretär er auch war, und im «Verein St. Petersburger Aerzte», wie auch seine Veröffentlichungen Zeugniss ab. Unsere Wochenschrift verdankt seiner Feder die folgenden Abhandlungen:

«Ueber das Vorkommen und die Bedeutung des Alveolarepithels im Sputum». (1876.)

«Zur «Diagnostik der Beweglichkeit der ersten Rippe». (1877.)

«Infectionstheorie und Lungenschwindsucht». (1879).

«Ein Fall von schnell tödtender Blutung aus einem typhösen Darmgeschwür». (1885.)

«Ueber die Gesundheitsreisen unserer Phthisiker». (1886.)

«Ueber Athempausen» (1892).

«Contusion der Brust, Aortitis (?)». (1892.)

Im «Deutschen Archiv für klinische Medicin» finden sich seine Arbeiten:

«Ueber Lungencirrhose». (Bd. XXXIII. 5.)

«Ein Fall von interstitieller Nephritis». (1885.)

Doch nicht dem hervorragenden Arzte allein gelte in dieser Stunde unser Erinnern — auch dem theuren Freunde, dem ausgezeichneten Menschen, den wir in Amburger geliebt und verehrt haben, wollen wir ein treues Gedächtniss bewahren! Edle Gesinnung, furchtlose Offenheit neben zartem Tact, gediegener Ernst gepaart mit feinem Humor, Festigkeit und Treue, das waren die Grundzüge seines Vertrauen weckenden, Achtung gebietenden Wesens.

In den letzten Jahren seines Lebens hat er viel und schwer gelitten, aber auch im Leiden erwies er sich als starker Character, als ganzer Mann!

Der Besten Einen haben wir in ihm verloren.

Ehre seinem Andenken! B.

Am 1. August wurde die sterbliche Hülle des verewigten Dr. Gustav Amburger von Hortona nach St. Petersburg übergeführt. Als der Trauerzug die Stätte verliess, an welcher der Verstorbene so oft und gern geweilt und in so manchem Sommer die gesuchte Erholung und Stärkung gefunden hatte, sprach Dr. Masing einige von Herzen kommende und zu Herzen gehende Abschiedsworte. Am 2. August erfolgte von der französisch-reformirten Kirche aus unter grossem Trauergefolge, in Gegenwart zahlreicher Collegen, Patienten und Freunde des Verstorbenen die Beisetzung auf dem Smolenski-Friedhofe.

Pastor Dr. Gelderblom legte seiner tiefempfundenen Rede den Text: Offenb. Joh. 2, 19 zu Grunde.

Am Grabe sprach Dr. Moritz die folgenden Worte:

«Das ewige Gesetz des Werdens und Vergehens, das wir bei einförmiger Alltagsarbeit nur zu leicht vergessen, tritt an jedem offenen Grabe immer wieder mit neuer Gewalt in unser Bewusstsein. Was hilft's, das wir uns sagen; es musste sein — wir trauern dennoch; der Schnitt, welcher diesen Lebensfaden trennte, schmerzt auch uns.

Gustav Amburger's Lebensflamme ist erloschen. — es ist dunkel und kalt geworden für Diejenigen, welche von dieser Flamme Licht und Wärme bezogen und um so dunkler, je näher sie ihr gestanden. Nicht ohne Grund wird das Leben mit Licht und Flamme verglichen, — ist es doch in Wirklichkeit ein langsamer Verbrennungsprocess; alles organische Leben ist es. Und im übertragenen Sinne ist jedes Menschenleben, sei es lang oder kurz, reich oder arm, eine Flamme oder ein Flämmchen, welches Licht und Wärme giebt, bald nur in nächster Nähe, bald in weitem Umkreis ausstrahlend. Flammen können zerstören, aber sie leuchten und wärmen. Die Flamme, die hier verlöschte, konnte auch vernichten, wo Schlechtes ihr gegenüber trat, aber sie leuchtete hell und rein und wirksam war sie vornehmlich durch ihre Wärme, — heilende, fördernde, anregende Wärme.

Nicht Jeder hat's Gustav Amburger angesehen, wie tief und gross die Wärme war, die in seiner Seele wohnte; kein prasselnd Strohfeuer, kein Sprühregen blendender Leuchtkugeln. Dem Fremden erschien er kalt, aber seine Nächsten wussten, wie warm er lieben konnte, wie aus seinem warmen Herzen ein starker Wille entsprang, der mächtig auf andere einwirken konnte. Wir, seine Collegen haben's gesehen, dass er nicht kalt war oder lau, wo es sich handelte um Interessen der Wissenschaft oder des ärztlichen Berufes.

Wenn wir heute Umschau halten in diesem Kreise und in dem grösseren, dessen Gedanken sich jetzt hierher richten — da sind Viele darunter, die ihm nicht bloss Genesung von gelegentlicher Krankheit verdanken, sondern mehr als das: Stärkung und neue Festigung an Leib und Seele. Ein kenntnissreicher, hochbegabter und warmfühlender Arzt, wie der Verstorbene, wirkte zum geringern Theil durch seine Medicamente, zum grösseren durch seine ganze Persönlichkeit — wenn man so glücklich war, ihm näher treten zu dürfen. Die Lebensflamme ist ausgebrannt, — wir meinen wohl, sie hätte länger brennen können, — aber lang genug hat sie gebrannt, damit die Wirkungen ihres Daseins nicht spurlos schwinden. Wärme ist Kraft und erzeugt wieder Kraft. Seine wissenschaftliche Arbeit hat er in Wort und Schrift seinen Collegen nutzbar gemacht, sie lebt in deren Arbeit bewusst und unbewusst weiter. Was er an seinen Patienten gewirkt, was er ihnen als Arzt, was er ihnen als Freund gewesen, — es ist in gewissem Grade bestimmend für ihren ferneren Lebenslauf geworden — und manches Wort, manche Mahnung von ihm wird nach seinem Tode erst recht lebendig weiter wirken.

Endlich und vorzüglich ist es seine Familie, die einen Theil seines Lebens in sich aufgenommen hat und dasselbe weiter leben wird.

Nicht umsonst hat er gelebt, denn neues Leben hat er ringsum geweckt, vorhandenes veredelt und bereichert. Dankbar bewahren wir sein Andenken»!

Dr. Marcus Hohlbeck †.

Am 10. Juli (nicht Juni, wie es versehentlich in der kurzen Notiz in Nr. 29 dieser Wochenschrift heisst) verschied der Oberarzt des Michael-Krankenhauses in Tiflis, Dr. med. Marcus Hohlbeck. Der Verstorbene war 1838 in Dorpat geboren und studirte in Dorpat Medicin. Nach Beendigung seiner Studien im Jahre 1863 war er 2 Jahre Assistent an der Dorpater chirurgischen Klinik und dann Prosector. Nachdem er sich ausser dem Grad eines Doctors der Medicin noch den selten verliehenen Grad eines Doctors der Chirurgie errungen hatte, wurde er Oberarzt am Hospital der Kama-Wotkin'schen Fabrik im Wjatkaschen Gouvernement. Diese Stellung hatte er inne, bis er 1878 während des Krieges in den Kaukasus kam; von der Militär-Medicinalverwaltung wurde er als Oberarzt an mehrere temporäre Kriegshospitäler abcommandirt und 1879 wurde er Oberarzt am Michaelhospital in Tiflis; diesen Posten hatte er bis zu seinem Tode inne.

Der Verstorbene war eine hervorragende Persönlichkeit — hervorragend sowohl durch seine wissenschaftliche — speciell chirurgische — Begabung, als auch durch seinen eisernen Fleiss, seine ungewöhnliche Leistungsfähigkeit und Pflichttreue. In allen Stellungen, die er einnahm, genoss er das unbedingte Vertrauen und die grösste Hochachtung aller Personen, mit denen er es zu thun hatte. Zum Theil seiner rastlosen Arbeit, die er fast nie unterbrach, war es wohl zuzuschreiben, dass sich bei ihm allmählich eine Erkrankung des Herzmuskels (chronische fibröse Myocarditis nebst fettiger Degeneration) entwickelte, der sich dann noch eine chronische interstitielle Nephritis hinzugesellte. Diese Leiden haben auch schliesslich das Ende herbeigeführt.

Von gelehrten Arbeiten des Dahingeschiedenen seien erwähnt:

1) Ein Beitrag zur Lehre von der Embolie der Lungencapillaren. Diss. Dorpat. 1863.

2) Zur Lehre von den angeborenen Colobomen der Augenhäute. St. Petersb. med. Zeitschr. 1867.

3) Оперативное леченіе геморроидальнаго пораженія нижняго отдѣла прямой кишки, практикуемое въ Тифлисской Михайловской больницѣ (zusammen mit Dr. Малюженко).

4) Къ хирургической техникѣ при операціяхъ на кишкахъ (zusammen mit Dr. Малюженко).

5) Случай удаленія увеличенной селезенки (Splenectomia lienis hypertrophici).

Ausserdem viele casuistische Mittheilungen in den Протоколы Императорскаго Кавказскаго Медицинскаго Общества.

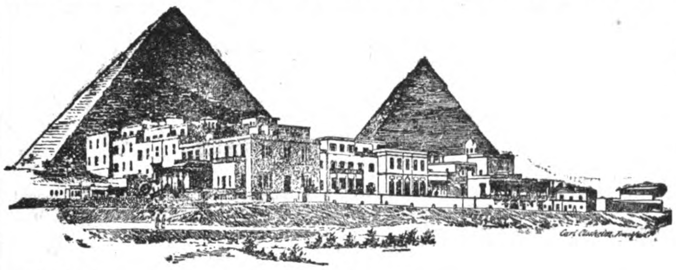
Seinen Zeitgenossen und Mitarbeitern wird Marcus Hohlbeck immer im Gedächtniss bleiben. Er ruhe in Frieden.

Vermischtes.

— Verstorben: In Berlin der ungewöhnlich begabte und tüchtige Assistent an der v. Bergmannschen Klinik Dr. Schimmelbusch.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Juli d. J. 6274 (27 mehr als in d. Vorw.), darunter 536 Typhus — (14 wen.), 706 Syphilis — (5 wen.), 76 Scharlach — (7 mehr), 24 Diphtherie — (3 wenig.), 35 Masern — (2 mehr), und 8 Pockenkranke — (1 wen.) als in der Vorw.

MENA HOUSE HÔTEL, CAIRO (EGYPTEN).



Am Fusse der Pyramiden. Wegen der reinen trockenen Wüstenluft von den Aerzten als gesundester Winterort für Leidende und Reconvalescenten empfohlen. Arzt und Pflegerinnen im Hause.

Hôtel allerersten Ranges.

Pension von 13 Mark an. Electrische Beleuchtung im ganzen Hause. Gute Bäder und grosses Marmor-Schwimmbad. Vorzügliche Stallungen, Reitpferde, Wagen aller Art. Lawn-Tennis- und Golf-Spielplätze. Ergiebige Jagd zur freien Benutzung. Saison 15. October bis 15. Mai.

Schick & Weckel, Besitzer.

(100) 4–2.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(90) 26–3.

Heilanstalt für Nervenkranke

in Cannstatt bei Stuttgart
(Würtemberg).

Ruhige Lage, in nächster Nähe der prächtigen Cursaalanlagen. Garten am Hause. Schön möbl. Zimmer. Salon. Bäder aller Art. Elektricität. Massage und Gymnastik Diätetik. Beschränkte Krankenaufnahme Das ganze Jahr geöffnet. Prospecte gratis durch den dirigirenden Arzt.

Dr. med. C. Römer.

Dr. med. C. Beste **Bad Nauheim.**

SOURCES DE L'ETAT
VICHY
CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL
Avoir soin de désigner la Source

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (29) 12–6

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

SCHUTZ-MARKE

Als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet. Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch (83) 10–4

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunnen

FURBACH & STRIEBOLL, Salzbrunn in Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken u. Mineralwasser-Handlungen

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

PaulineGebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин д. 11, кв. 9.

Amalie Born, Большая Подъяческая, д. 9, кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 5 Августа 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü . ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, 12. (25.) August **1895**

Inhalt: Dr. med. Alfred Högerstedt: Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. — Referate: Guido Scarpa: Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ichthyol. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Лекціи о строеніи органовъ центральной нервной системы человѣка и животныхъ. Дра. L. Edinger'a. — Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes von Dr. Edward Flatau, mit einem Vorwort von Prof. E. Mendel. — Döderlein: Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. — Prof. Dr. H. Senator (Berlin): Die Erkrankungen der Nieren. Nothnagels Specielle Pathologie und Therapie. — Мункъ и Уффельманъ: Руководство къ кормленію больныхъ. — Encyclopaedie der Therapie. Herausgegeben von Professor Oscar Liebreich unter Mitwirkung von Dr. Martin Mendelsohn und Dr. Arthur Würzburg. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen. — Vermischtes. Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Wohnungsänderung.

Dr. med. **Rudolf Wanach** bittet, vom 1. August a. c. an alle die Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift betreffenden Mittheilungen, Manuscripte etc. an seine neue Adresse: St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital, zu schicken. Sprechstunden am Montag, Mittwoch und Freitag, 2—3 Uhr Nachmittags.

Ueber chronische Circulationsstörungen und die an ihnen beobachteten Wirkungen warmer Vollbäder von 30° R. *)

Nach klinischen Untersuchungen aus dem Peter-Paulhospital zu St. Petersburg.

(Schluss).

Von

Dr. med. Alfred Högerstedt.

Meine Herren!

Es liegt mir fern am Schlusse unserer klinischen Wanderung die Ergebnisse unserer Arbeit in umfassender Weise zu résumiren. Hier kann es sich nur darum handeln, die Hauptdaten derjenigen Untersuchungen, welche in Zahlen und Sphygmogrammen zum Ausdrucke gelangten, als solche zu markiren und in aneinanderreihender Darstellung in Ihr Gedächtniss zurückzurufen.

Blutdruck.

Die Höhe des Blutdruckes in den Arterien des grossen Kreislaufes hängt vorzüglich von der Leistungsbeschaffenheit des linken Ventrikels ab. Verminderung seiner Schöpfgrösse, sei sie primär oder secundär entstanden, ändert die Blutvertheilung, indem auf Kosten des Blutgehalts im grossen Kreislauf Ueberfüllung des Lungensystems stattfindet. Dabei steigt der Druck im Gebiet des kleinen Kreislaufs und sinkt in den Körperarterien. Ein relativ niedriger mittlerer Blutdruckstand wurde in den Fällen II, III, VII, X, XI beobachtet, welche durch Gegenwart einer Mitralinsufficienz ausgezeichnet waren; ihre extremen Mittelzahlen waren 105,6 und 110,8. Im Falle VIII bestand auch Mitralinsufficienz, sie war aber durch das Mitbestehen einer Stenose des Mitralostium zum Theil compensirt; der mittlere Blutdruck war dementsprechend höher: 124,5. — Die Abhängigkeit des Blutdruckstandes von der Leistungsgrösse des linken Ventrikels wurde ferner durch alle jene Beobachtungen erhärtet, in welchen anhaltende Steigerung des Blutdruckes im Anschluss an Leistungssteigerungen des linken Ventrikels statthatte. Einen eclatanten Beweis hierfür lieferte das Verhalten der mittleren Blutdruckhöhe im Falle IV, in welchem der Blutdruck während der ersten Beobachtungsdauer, als die Thätigkeit des linken Ventrikels hinter derjenigen des rechten zurückstand, im Mittel 111,9 — während des zweiten Hospitalaufenthaltes dagegen, als die Leistungsgrösse des linken Ventrikels gegen früher bedeutend zugenommen hatte, 131 betrug. — Das in einzelnen Fällen beobachtete Anwachsen der mittleren Blutdruckhöhe nach Anwendung von Mitteln, welche der Digitalisgruppe angehören, war andrerseits auch durch Erhöhung des Arterientonus bedingt: so das im Falle I constatirte Steigen des Blutdruckes von 142,9 auf 155,2 nach Strophantusmedication, so die Zunahme von 114 bis 122 im Falle III nach Digitalis, und die Erhebung von 114 auf 131,8 im Falle XIII nach Adonis vernalis.

Die Frage, ob ungenügende Schöpfgrösse des rechten Ventrikels und damit verbundene Steigerung der Widerstände im Venenstrom des grossen Kreislaufes den Blutdruck in den Arterien zu erhöhen im Stande sei, kann hier nicht endgültig beantwortet werden. Es kann nur im Allgemeinen darauf hingewiesen werden, dass ein Pa-

*) Cf. diese Wochenschrift № 1, 4, 7, 11, 16, 20, 24, 27 u. 30.

rallelismus zwischen dem Verhalten des Blutdruckes in den Arterien und der Ab- oder Zunahme der Stauungserscheinungen im grossen Kreislaufe sich nicht auffinden liess. Man kann hierin eine klinische Bestätigung des Basch'schen Satzes erblicken, «dass das Gebiet der Aorta von Seite der Körpervenen durch Rückstauung nicht stärker gefüllt zu werden vermag, und dass eine solche stärkere Füllung des arteriellen Theiles des Aortengebietes nur durch vermehrten Zufluss vom linken Ventrikel her erfolgen könne». Andrerseits sind aber auch genügende Beweise* dafür erbracht worden, dass anormale Widerstandssteigerungen im Körpervenensystem nicht ohne Rückwirkung auf die Pulsionshöhe des linken Ventrikels bleiben.

Die höchsten Mittelzahlen des Blutdruckstandes wurden in jenen 2 Fällen beobachtet, welche durch Entwickelung abnorm hoher und verbreiteter Widerstände in beiden Nieren ausgezeichnet waren. Das Blutdruckmittel war im Falle V 183,7 — und im Falle XII 201,7. Dabei war in hohem Grade bemerkenswerth, weil die Arbeitslage und Energie des linken Ventrikels charakterisirend, der Umstand, dass in beiden Fällen der Blutdruck noch kurz vor dem Tode sich auf einer vom betreffenden Durchschnitt kaum abweichenden Höhe erhielt.

Die Blutdruckmessung ergab ferner sehr interessante Aufschlüsse über die Natur der im Falle VI beobachteten Anfälle von Herzklopfen. Die Mittelzahlen der während anfallsfreier Zeit erhobenen Druckbefunde und der während des Herzklopfens geschehenen Messungen verhielten sich zu einander wie 146,3 : 202,2. Es liess sich feststellen, dass die höchste Steigerung des Blutdruckes zu Beginn des Herzklopfens erfolgte, und dass die Dauer der durch den Anfall hervorgerufenen subjectiven Störung der Dauer des Abklingens der anormalen Blutdruckerhöhung genau entsprach. Es wurde ferner erwiesen, dass diese plötzlich erfolgten Blutdruckerhöhungen unmittelbar in Abhängigkeit von primären Pulsionserregungen des Herzens standen, deren Ursachen nur in Ernährungsstörungen des Herzmuskels wurzeln konnten. Eine ausreichende Bestätigung dieser Annahme wurde durch den Nachweis analoger Vorgänge während der im Falle IX beobachteten typischen stenocardischen Anfälle geliefert

Puls.

Die mittlere Pulsfrequenz betrug im Falle VI 85,3—105,3; sie erhob sich zu Beginn der Anfälle des Herzklopfens auf 113.1—125,1 und sank noch vor deren Beendigung auf 86—100 (Vergl. Folgerung 2). Im Falle IX stieg die Durchschnittsfrequenz 73,3 —89,3 während der stenocardischen Anfälle in analoger Weise auf 104 bis 116.

In sichererer Weise als durch die Pulszählung liess sich das Leistungsverhältniss der beiden Ventrikel zu einander auf Grund der bei wechselnder Körperhaltung gewonnenen sphygmographischen Ergebnisse beurtheilen. Abweichend von der Norm nahm die Pulsionshöhe des linken Ventrikels beim Uebergang zur stehenden Haltung zu (höhere und steilere Ascensionslinie der Pulswellen) in den Fällen I, III, VIII, XI u. XIII. Im Falle I wurde ein solches Verhalten während der ersten Krankheitsperiode beobachtet, als der rechte Ventrikel unzureichend arbeitete. Im Falle III fand die Curvenaufnahme am ersten Tage nach der Punction statt, also zu einer Zeit, als sich noch wenig Ascitesflüssigkeit entleert hatte, und die im Venensystem des grossen Kreislaufes geschaffenen Widerstände in ungeschwächtem Maasse noch fortbestanden. Im Falle VIII handelte es sich um einen in hohem Grade überangestrengten rechten Ventrikel, der sich überhaupt nicht mehr — also auch dann nicht, als die Compensation scheinbar wiederhergestellt war, zu normaler Functionstüchtigkeit aufschwingen konnte. Nicht weniger überlastet war er auch im Falle XIII; erst mit der in der zweiten Beobachtungsperiode eingetretenen Hebung seiner Leistungsfähigkeit kehrte auch die Pulsionshöhe des linken Ventrikels zu normalem Verhalten bei wechselnder Körperlage zurück.

Auf Grund dieser übereinstimmenden Beobachtungen lässt sich der Satz formuliren, dass jede anormale Erschwerung der Widerstände im Venenstrom des grossen Kreislaufes eine anregende Rückwirkung auf die Pulsionshöhe des linken Ventrikels ausübe. Ohne Weiteres ist klar, dass jede solche Widerstandssteigerung bei aufrechter Körperhaltung zunehmen müsse, sobald die schöpfende Thätigkeit des rechten Ventrikels ungenügend geworden ist, oder sobald einer der den Venenstrom bei dieser Körperhaltung begünstigenden Factoren (Thoraxaspiration. Fall III!) in Wegfall gekommen ist. Darum wächst unter solchen Bedingungen beim Uebergang zu stehender Haltung auch die Pulsionshöhe des linken Ventrikels. Wir besitzen also in der vergleichenden sphygmographischen Untersuchung bei verschiedener Körperhaltung ein zuverlässiges Mittel, um die Strömungsverhältnisse im Venengebiet des grossen Kreislaufes und die Functionsgrösse der sie beeinflussenden Factoren zu beurtheilen. Es ist mit anderen Worten auf diese Art möglich, sich in den meisten Fällen direct darüber Aufklärung zu verschaffen, ob die schöpfende Thätigkeit des rechten Ventrikels genüge oder nicht.

Es ist aber nicht ausser Acht zu lassen, dass eine solche durch Widerstandserhöhung im Venenstrom hervorgerufene gesteigerte Energieentfaltung vom linken Ventrikel nur dann geleistet zu werden vermag, wenn er sich im Besitze genügender Reservekräfte befindet. Ist er insufficient oder durch in der Arterienbahn gelegene abnorme Widerstände bereits so sehr belastet wie z. B. in den Fällen V und XII, so vermögen die Widerstände der Venenbahn eine Rückwirkung offenbar überhaupt nicht mehr geltend zu machen.

Respiration.

Verminderung der Schöpfkraft des linken Ventrikels bedingte Stauung im kleinen Kreislauf — Lungenschwellung und als weitere Folge Rigidität der Lungen. Die Fälle VII und VIII sind typische Beispiele von aus solcher Ursache entstandener Dyspnoe. Grösserer Einfluss auf die Respirationsfrequenz muss aber ohne Frage dem Arbeitsverhalten des rechten Ventrikels zugeschrieben werden. Man vergegenwärtige sich nur, dass mit jedem Leistungsdeficit dieserseits Abnahme der allgemeinen Circulationsgrösse im Lungenlauf einhergehen müsse. Im Falle V stieg die Respirationsfrequenz entsprechend der angewachsenen Insufficienz des rechten Ventrikels von 31,8 : 36,8. Sie sank bei Hebung der Leistungsgrösse dieser Herzabtheilung im Falle VIII von 29,7 : 24, im Falle X von 20,7 : 18,8. Fall XI unterschied sich von X nur dadurch, dass sein rechter Ventrikel weniger leistungsfähig war; das Respirationsmittel 24,6 war daher höher. Sehr hohe mittlere Athmungsfrequenzen (37,1 und 33,1) weist auch der Fall XII auf, welcher durch Gegenwart von Mitralinsufficienz + ungenügender Arbeit des rechten Ventrikels ausgezeichnet war.

Dass in dem Fall I während der Beobachtungsperiode, als der rechte Ventrikel ungenügend arbeitete, nicht auch eine höhere Athmungsfrequenz vorhanden war, erklärt sich zur Genüge aus dem Umstande, dass die Lungen in hohem Grade emphysematös waren. Der Elasticitätseinbusse des Lungenparenchyms und des Thoraxscelettes ist es zuzuschreiben, dass die mittleren Respirationszahlen dieses Falles sowohl, als auch der Fälle II, IV, IX, und X überhaupt relativ niedriger (15,2—27) waren. (Vergl. den Unterschied der mittleren Respirationsfrequenzen von Fall II und III.)

Während der im Falle VI beobachteten Anfälle von Herzklopfen gingen parallel mit den Blutdrucksteigerun-

gen Beschleunigungen der Respirationsfrequenz einher, so dass die Mittel dieser zu Anfang und während der Anfälle sich zum normalen Durchschnitt wie 22,6 und 22 : 16,7 verhielten.

Badwirkungen.

Blutdruck: Während des auf 30° R. temperirten Vollbades sank der Blutdruck ausnahmslos, im Mittel um 19,3 (IX) bis 40,4 (I). Noch stärker war, wie das Verhältniss der Mittelzahlen vor und im Bade 184,4 (201,7) : 135,4 beweist, die Abnahme des Blutdruckes im Falle XII. Die grösse Differenz aber wiesen die Mittelzahlen des Falles VI auf, welche sich auf Versuchstage bezogen, an denen die Messungen vor dem Bade während des Herzklopfens, im Bade dagegen nach beendetem Anfall stattfanden; der Blutdruck sank unter solchen Verhältnissen im Mittel von 200,2 auf 111,3 — also um 88,9. Andrerseits bezeugten die im Falle IX an 2 Versuchstagen im Bade beim Einsetzen stenocardischer Anfälle beobachteten Steigerungen des Blutdruckes auf 195 und 210, dass das Bad unter solchen Umständen ganz wirkungslos bleibe.

Die Zahl der untersuchten Kranken ist zu gering, um darüber schlüssig zu werden, ob die Grösse der Badwirkung auf den Blutdruck durch pathologische Verringerung der Arterienelasticität im Allgemeinen vermindert werde. Die geringsten Differenzen (19,3—30,7) weisen allerdings die mit starker und ausgebreiteter Arteriosclerose behafteten Fälle IX, V, IV auf.

Soweit aus der Vergleichung der in den Fällen IV, V, XI und XIII durch die Bäder bewirkten Aenderungen der Blutdruckmittel während verschiedener Perioden des Krankheitsverlaufs gefolgert werden darf, nahm der Blutdruck im Bade relativ stärker ab, wenn die Arbeit beider Ventrikel weniger ungleichmässig, mit anderen Worten die Compensationsstörungen geringer wurden.

Im Allgemeinen war der Zeitraum einer Stunde nach Beendigung des Bades zur Ausgleichung des Blutdruckes hinreichend. Es lässt sich, wenn man das Wideransteigen des Blutdruckes in der ersten Stunde nach den Bädern bei den Fällen I, IV, V und XIII vergleicht, im Allgemeinen sagen, dass die Schnelligkeit der Blutdruckausgleichung nach dem Bade mit Besserung der Compensation zunahm.

Puls. In der Mehrzahl der Fälle nahm die Pulsfrequenz während des auf 30° R temperirten Vollbades im Mittel zu. Sie nahm ab in den Fällen VI und XI. Die Pulsverlangsamung des Falles XI war übrigens dadurch bedingt, dass die Frequenzen bei liegender und stehender Haltung sehr stark von einander differirten und ihr Mittel daher noch mehr als in den übrigen Fällen die Frequenz bei sitzender Haltung überwiegen musste. Im Falle VI gestaltete sich die Pulsverlangsamung dann besonders stark, wenn vor dem Bade Herzklopfen bestanden hatte, die Zählung im Bade aber bei normalen Verhältnissen stattfand. Dagegen stieg die Frequenz bei Anfällen, welche erst im Bade unmittelbar vor der Untersuchung einsetzten, im Mittel auf 110. Auch im Falle IX wurden während der beiden im Bade erfolgten stenocardialen Anfälle Pulsbeschleunigungen von 116 und 124 beobachtet.

Soweit aus der Vergleichung der in den Fällen I, X und XIII während der Bäder beobachteten Aenderungen der Pulsfrequenzen zu verschiedenen Perioden des Krankheitsverlaufs gefolgert werden darf, nahm die Steigerung der Frequenz mit Besserung der Compensation zu.

Das Verhalten der mittleren Pulsfrequenzen während der ersten Stunde nach Beendigung des Bades war in allen Beziehungen so wechselnd, dass sich allgemein gültige Schlüsse nicht wohl extrahiren lassen.

Sphygmographisch liess sich, ausgenommen Fall VII constatiren, dass im auf 30° R temperirten Vollbade die Arterienspannung ab- und die Pulsionshöhe zunahm.

Die Spannungsabnahme der Arterien war in den Fällen geringer, welche höhere Grade von Arteriosclerose aufwiesen. (IV, V.) Die Rückkehr der Arterienspannung zur Norm erfolgte entsprechend der Ausgleichung des Blutdruckes meist im Laufe der ersten Stunde nach Beendigung des Bades. — Ob aber die in den Fällen X, XI, XII, XIII, sowie II und III unmittelbar im Anschluss an das Bad beobachteten vorübergehenden Steigerungen des Arterientonus zur Reihe der gewöhnlichen Nachwirkungen warmer Vollbäder zu zählen sind, kann, so lange speciell darauf gerichtete Untersuchungen in grösserer Zahl noch ausstehen, mit Sicherheit nicht entschieden werden.

Als besonders werthvoll in diagnostischer Hinsicht erwies sich der durch die Sphygmographie ermöglichte Einblick in das Verhalten der Pulsionshöhe des linken Ventrikels während der Ausgleichungszeit der Badwirkungen. Dieses Verhalten war sehr wechselnd, weil es nicht nur dem Grade der wiederkehrenden Arterienspannung zu entsprechen, sondern sich auch noch den Schwankungen der im Venenstrom vorhandenen Widerstände anzupassen hatte. In allen den Fällen, in welchen letztere a priori in übernormaler Weise gesteigert waren, wurden Verhältnisse beobachtet, welche zur Zeit der intensivsten Nachwirkung der Bäder die zu Beginn der Versuche erhaltenen Befunde in verschärfter Form zum Ausdruck brachten. Diese Thatsachen für sich allein sowohl, als noch besonders der Umstand, dass im Falle X während der Periode, als bereits eine scheinbar stabile Compensation erreicht worden war, durch das Bad trotzdem ein der Norm entgegengesetztes Verhalten der Pulsionshöhe bewirkt wurde, sprechen mit aller Bestimmtheit dafür, dass unter dem Einfluss der warmen Vollbäder die Widerstände im Venenstrom vergrössert wurden. Das warme Vollbad kann also auch als ein zuverlässiges Reagens dort Anwendung finden, wo an der Stabilität scheinbar günstiger Strömungsverhältnisse im Venensystem des grossen Kreislaufs Zweifel gehegt werden. In Uebereinstimmung hiermit wurde der therapeutische Werth der durch das warme Vollbad unter allen Umständen zweifellos bewirkten Anregung der Herzthätigkeit im Wesentlichen darnach bemessen, ob und wie weit diese Wirkung im Einzelfalle von der nebenhergegangenen Steigerung der Widerstände im Venenstrom beeinträchtigt wurde.

Respiration. Im auf 30° R. temperirten Vollbade nahm die Athmungsfrequenz im Mittel um 0,3 (V) —5,8 (VI) zu in den Fällen I (1. Beobachtungsperiode), II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI. Sie nahm dagegen im Durchschnitt um 0,2 (XII) — 2,8 (I) ab in den Fällen I (2. und 3. Periode), III, XII und XIII.

Eine gegen die Anfangsnorm im Mittel vermehrte Frequenz wurde während der ersten Stunde nach Beendigung des Bades beobachtet in den Fällen I (1. Periode), II, III, VII, X (1. Periode) XIII. Die Respirationsfrequenz kehrte während des gleichen Zeitraums zur mittleren Anfangsnorm zurück in den Fällen I (2. und 3. Periode) IV, V, VI, VIII, IX, X (2. Periode), XI u. XII. Bei genauerer Vergleichung des Verhaltens all dieser Mittelzahlen lässt sich aber so wenig Uebereinstimmendes erkennen, dass von einer zusammenfassenden Deutung und Ableitung irgend welcher Gesetzmässigkeit ohne Weiteres Abstand genommen werden muss.

Erwähnt sei noch, dass die Respirationsfrequenz sich im Falle VI zu Beginn der sowohl im Bade, als auch der während der ersten Stunde nach dem Bade erfolgten Anfälle von Herzklopfen im Mittel auf 30 erhob, und dass die Athmungszahlen auch im Falle IX zu Beginn der beiden im Bade beobachteten stenocardischen Anfälle starke Steigerungen aufwiesen.

Referate.

Guido Scarpa: Die Behandlung der Lungentuberculose mit Ichthyol. (Therap. Wochenschrift. Nr. 17.)

Verfasser verwendet seit einigen Jahren das Ammonium sulfo-ichthyolicum bei verschiedenen Lungenkrankheiten, insbesondere bei der Lungentuberculose. Die Eigenschaften dieses Präparates, welche hier in Frage kommen, sind: 1) die anaemisirende, vasoconstringirende, also antiphlogistische Wirkung. 2) die antiseptische Wirkung, welche sowohl von einem directen Einflusse auf die pathogenen Bakterien, als auch von der energisch reducirenden Einwirkung des Präparates auf die Gewebe abhängen kann. Ferner weist Scarpa auf die Arbeiten von Zuelzer und Nussbaum hin, welche nachgewiesen haben, dass das Ichthyol die Eigenschaft besitzt, die Bildung von organischem Eiweiss zu begünstigen und den Zerfall desselben aufzuhalten. In der That haben weitere Untersuchungen ergeben, dass unter dem Einflusse des Ichthyols eine Herabsetzung der Schwefel- und Stickstoffausscheidung, also eine vermehrte Bildung von Eiweisskörpern, erzielt werden kann. — Verf. berichtet über 150 Fälle von Lungentuberkulose, die er mit dem Ichthyol behandelt hat. Die Kapsel- und Pillenform hat er nach einigen Versuchen verworfen, da dieselben zuweilen Reizung der Magenschleimhaut und Verdauungsstörungen verursachen. Er bediente sich vielmehr einer Lösung von Ichthyol in rectificirtem Alkohol und Pfefferminzöl (1:3). Von der Lösung 1:3 werden 20—180—200 Tropfen in 24 Stunden in viel Wasser (300—500 Ccm.) gegeben, welche Mengen im Laufe des Tages schluckweise getrunken werden. Widerwille, der mehr durch den Geruch als durch den Geschmack bedingt ist, stellt sich nur in den ersten Tagen ein und wird mit Leichtigkeit überwunden. Am besten beginnt man mit 20 Tropfen und steigt alle 2—4 Tage um 10 Tropfen täglich. — Was nun die Resultate der Behandlung anlangt, so schildert sie Scarpa folgendermaassen: schon nach wenigen Tagen tritt eine Abnahme des Hustens ein, eine Veränderung des Auswurfes (der flüssiger und weniger reichlich wird, seinen eitrigen Charakter oder seinen üblen Geruch verliert). Etwa 2 Wochen nach Beginn der Behandlung werden die Nachtschweisse und das Fieber herabgesetzt und verschwinden gänzlich. Das Allgemeinbefinden bessert sich zusehends. In 57 Fällen konnte der Auswurf vor, während und nach der Behandlung untersucht werden; in 13 von diesen Fällen war ein völliges Verschwinden der Bacillen nachzuweisen. In diesen Fällen verschwand der eitrige Auswurf allmählich ganz. Von grösster Wichtigkeit sind die vom Verf. beobachteten objectiven Veränderungen: Bei den infiltrirten Formen der Lungentuberkulose, sowohl bei den umschriebenen, als auch bei den diffusen, waren die Veränderungen des Percussions- und Auscultationsbefundes sehr merklich. Bei der Auscultation zeigte sich bald Verstärkung der Athmungsgeräusche, welche ihren bronchialen Charakter allmählich ganz verloren, ebenso nahmen die Rasselgeräusche immer mehr ab. Bei den destructiven Formen können sich die Veränderungen in zweierlei Weise geltend machen: In manchen Fällen beginnen die Erscheinungen der Percussion (tympanitischer Schall, Friedreich'sche und Gerhardt'sche Phaenomen etc.) allmählich an Intensität abzunehmen, bis Erscheinungen einer abgekapselten Höhle zurückbleiben; zuweilen aber schwinden auch diese, es bleibt dann an der Stelle der Caverne eine gedämpfte Zone, über welcher entweder gar kein Athmungsgeräusch hörbar ist, oder nur ein sehr schwaches, fortgeleitetes. Zunahme des Körpergewichts wurde in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle constatirt und zwar bis zu 3½ kg. in 2 Wochen, nur in sehr schweren Fällen war das Ausbleiben der Körpergewichtszunahme und die Resistenz des Fiebers der Ausdruck der Wirkungslosigkeit der Behandlung. Die eben geschilderten subjectiven und objectiven Veränderungen waren in solcher Vollständigkeit nur in 17 Fällen nachweisbar, von denen 14 der infiltrirten Form angehörte und nur 3 Cavernen von verschiedener Grösse zeigten. In einem dieser Fälle bestand eine ziemlich grosse Caverne in der rechten Infraclavicnlargegend, die in 10 Monaten völlig vernarbte. — Aus seinen Beobachtungen zieht Scarpa den Schluss, dass das Ichthyol, wenn es auch kein specifisches Mittel gegen Lungentuberkulose vorstelle, doch sehr wirksam und nützlich ist, es kann dem Kreosot und Guajacol zur Seite gestellt werden, ohne aber, bei vielen unzweifelhaften Vortheilen, die Nachtheile dieser Mittel zu besitzen.

Abelmann.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Лекцiи о строенiи органовъ центральной нервной системы человѣка и животныхъ. Дра. L Edinger'a. Переводъ съ 4 нѣмецкаго изданiя Н. Пустошкиной, подъ редакцiей Л. О. Даркшевича, съ 145 рисунками. С.-Петербургъ 1894. Изданiе К. Л. Риккера.

Das vortreffliche Edinger'sche Buch erfreut sich bereits einer so grossen Verbreitung und so allgemeinen Beliebtheit, dass es einer besonderen Empfehlung an dieser Stelle nicht bedarf. Hier sei nur auf die wohlgelungene Uebersetzung desselben in's Russische hingewiesen, mit welcher Uebersetzer und Verleger den russischen Fachkreisen einen gewiss willkommenen Dienst geleistet haben. Die vierte Auflage des Werkes, welche der Uebersetzung zu Grunde gelegen hat, ist gegen die früheren durch einige werthvolle Kapitel bereichert, so durch einen historischen Ueberblick über die Geschichte und die Methode der Erforschung des Centralnervensystems, eine Anleitung zur mikroskopischen Untersuchung desselben, und vergleichend anatomische Betrachtungen. Die Uebersetzung lässt nichts zu wünschen, die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche, wie wir solche von Seiten des hochverdienten Verlagsgeschäftes gewohnt sind. Die zahlreichen Abbildungen sind tadellos ausgeführt und stehen denjenigen des Originals in keiner Hinsicht nach. Mit besonderem Vergnügen machen wir auf diese neue Bereicherung der russischen medicinischen Uebersetzungsliteratur aufmerksam.

B.

Atlas des menschlichen Gehirns und des Faserverlaufes von Dr. Edward Flatau, mit einem Vorwort von Prof. E. Mendel. Berlin 1894. Verlag von S. Karger.

Wir holen Versäumtes nach, indem wir unsere Leser auf diesen schönen Atlas aufmerksam machen, den mancher von ihnen vielleicht schon gesehen und bewundert hat. Der Atlas besteht aus einer schematischen, den Faserverlauf im Gehirn darstellenden Tafel nebst erläuterndem Text (27 S.), und aus acht weiteren Tafeln mit photographischen Aufnahmen von Flächenansichten, Quer- und Längsschnitten des Gehirns. Die in natürlicher Grösse gehaltenen Photogravüren sind von wunderbarer Schärfe und Plasticität. Da dieses Prachtwerk gleichzeitig in deutscher, französischer, englischer und russischer Sprache erschienen ist, so ist ihm eine allgemeine Verbreitung gesichert.

B.

Döderlein: Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 2. Auflage. (Leipzig, Besold 1895.)

In compendiöser Form findet der Leser alles Wissenswerthe aus dem Gebiete der geburtshilflichen Operationslehre. Die Darstellungsweise ist eine sehr gelungene. Zahlreiche vorzügliche Abbildungen erleichtern das Verständniss und bilden unfraglich den Kern des Buches. Auf Controversen lässt sich der Verfasser nicht ein, berücksichtigt aber auch die Arbeiten der neuesten Literatur z. B. das Thorn'sche Verfahren zur Verwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptslage. Das Döderlein'sche Buch ist jedenfalls das anschaulichste unter den geburtshilflichen Operationslehren und verdient trotz seiner Kürze eine weite Verbreitung. Die Ausstattung des Buches ist eine gute.

W. Beckmann.

Prof. Dr. H. Senator (Berlin). Die Erkrankungen der Nieren. Nothnagels Specielle Pathologie und Therapie. Band XIX. I. Theil, I. Abtheilung, I. Heft. (Wien 1895. Alfred Hölder).

Das uns vorliegende I. Heft stellt zum grossen Theil nur die Einleitung zu dem eigentlichen Thema dar, insofern als hier die den einzelnen Nierenaffectionen gemeinsamen Symptome oder Folgezustände, wie die Albuminurie, Hämaturie, die Wassersucht und Urämie behandelt werden, von dem eigentlichen speciellen Theil finden wir hier nur die Bildungsfehler und Lageveränderungen der Nieren, die Neuralgie der Nieren und die Kreislaufstörungen berücksichtigt.

Schon aus diesem kleinen Abschnitte lässt sich schliessen, dass der Autor, dessen zahlreiche Arbeiten auf dem Gebiete der Nierenpathologie wohl jedem Arzt zur Genüge bekannt sind, ein Meisterwerk, das ganz auf der Höhe der heutigen Wissenschaft steht liefern wird. Man lese nur das Kapitel über die Pathogenese und Therapie der Wassersucht, oder über die Behandlung der Urämie um die Gediegenheit des Inhaltes schätzen zu können, überall kommen die umfangreichen Erfahrungen, die logische Denkart und die strenge Kritik des Autors zur Geltung. Wir sind auf das Erscheinen der weiteren Kapitel gespannt, können aber nicht umhin, schon jetzt das Anschaffen dieses Werkes auf das wärmste zu empfehlen.

Abelmann.

Мункъ и Уффельманъ. Руководство къ кормленiю больныхъ. (СПБ. Изданiе Риккера 1895).

Der rührige Ricker'sche Verlag bringt in gewohnter guter Ausstattung eine russische Uebersetzung des bekannten Buches von Munk und Uffelmann «Die Ernährung des gesunden und kranken Menschen». Den russischen Collegen, denen das deutsche Original nicht zugänglich ist, wird diese gute Uebersetzung sehr willkommen sein, und wird das Buch wie die

Uebersetzungen anderer guter deutscher medicinischer Werke in Russland eine weite Verbreitung finden. B.

Encyklopaedie der Therapie. Herausgegeben von Professor Oscar Liebreich unter Mitwirkung von Dr. Martin Mendelsohn und Dr. Arthur Würzburg. Erster Band. 1. Abtheilung. Berlin 1895. Verlag von August Hirschwald.

Wie schon der Name «Encyklopaedie» aussagt, soll das unter der Aegide des Professor Liebreich erscheinende Werk einen vollkommenen Gesammtüberblick über unser therapeutisches Handeln geben, es soll dem praktischen Arzt zur Orientirung dienen und ihm als verlässlicher Rathgeber zur Seite stehen. Das Werk wird circa 160 Druckbögen umfassen und in drei Bänden erscheinen, welche in 9 Abtheilungen zur Ausgabe gelangen werden. Als Mitarbeiter fungiren Aerzte von anerkannter Tüchtigkeit, Aerzte, deren Namen Weltruf besitzen, wir kennen hier Leyden, Senator, Ewald, Eulenburg, Fürbringer, Jaksch, Bardeleben u. a.

Zur Ausgabe ist bis jetzt nur die 1. Abtheilung des 1. Bandes gelangt, und doch lässt sich bereits aus dem Vorliegenden schliessen, dass das Werk vollauf allen Ansprüchen des praktischen Arztes genügen werde. Die einzelnen Themata sind äusserst sorgfältig bearbeitet; besonders hinreichend werden die neuen therapeutischen Richtungen gewürdigt und mit sorgfältiger Kritik behandelt; das minder Wichtige wird grade genügend berücksichtigt. Wir werden beim Erscheinen der weiteren Druckbögen noch Gelegenheit nehmen auf das Werk zurückzukommen, können aber schon jetzt demselben eine grosse Verbreitung unter den praktischen Aerzten prophezeien.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 19. Decemb. 1894.

1. Dr. Frankenhäuser: Fall von Mediastinaltumor bei einem 47 Jahre alten Mann, der in den letzten 16 Jahren, seit Ref. ihn kannte, nie krank gewesen. Im Mai 1893 stellte sich Kurzathmigkeit beim Treppensteigen und beim raschen Gehen ein, dazu gesellten sich im October Schmerzen hinter dem Sternum und links von demselben in der Herzgegend. Der Ernährungszustand war damals noch recht gut; es bestand eine nicht bedeutende rechtsseitige Dorsalscoliose und etwas Zurückbleiben der linken Thoraxhälfte bei der Athmung, ferner deutliche Erweiterung und stärkeres Hervortreten der Venen auf der linken Hälfte der Brust. Lungengrenzen normal. Spitzenstoss im 5. Intercostalraum 1 Cent. nach aussen von der Mamillarlinie; dortselbst auch die Grenze der Herzdämpfung. Töne rein. gut accentuirt. Keine abnorme Dämpfung, auch nicht auf dem Sternum. Rechts normale Athmungsgeräusche; in der linken Lunge hört man sowohl während des Inspiriums, als auch während des Exspiriums ein eigenthümlich scharfes Athmungsgeräusch, das den Charakter des stenotischen Athmens hat, und daneben ein grobes Giemen und Rasseln, welches in dem linken Hauptbronchus zu entstehen scheint. Pat. hustet ein wenig, trocken oder mit glasigem Auswurf. Organe der Bauchhöhle normal. Urin reichlich, gleichfalls normal. Puls gut, 80—90, Allgemeinbefinden nicht gestört. Temperatur normal.

Im November finden sich in der linken Fossa supraclavicularis einige kleine harte, kaum empfindliche Drüsen ein, und bald darauf constatirte Ref. ein linksseitiges pleuritisches Exsudat, welches hinten etwa 3 Querfinger hoch ist und sich unter Jodkali verkleinert. Die Temperatur schwankte damals zwischen 37 und 37,6° C. und erreichte nur einmal während der Nacht 38° C. Die folgenden Monate besserte sich bei Zimmeraufenthalt das Allgemeinbefinden, nur klagte Pat. häufig über Schwindel und erschien die linke Pupille weiter als die rechte. Im December jedoch lässt sich immer deutlicher neben dem Herzen über der linken Lunge eine unregelmässig begrenzte Dämpfung nachweisen, die sich vom Pleuraexsudat vollständig sicher abgrenzen lässt.

Nachdem Pat durch äussere Umstände genöthigt, seit Ende December wieder das Zimmer verlassen und häufig anstrengende Fahrten gemacht hat, stellen sich am 16. Januar wieder heftige Schmerzen in der linken Seite und im Epigastrium ein und nimmt das Exsudat unter Athmungsbeschwerden und Fieber bis 38,7° C. rasch zu, so dass es am 20. Januar schon die ganze linke Brusthälfte ausfüllt und das Herz bis 3 Cent. über den rechten Sternalrand nach rechts verschoben hat. Eine Probepunction förderte eine blutig gefärbte, mässig getrübte Flüssigkeit zu Tage, von welcher am 21. Jan. 1500 Cct. entleert wurden. Dieselbe war sehr albuminreich (5 pCt.) und ergab deren mikroskopische Untersuchung reichliche weisse und rothe Blutkörperchen und ausserdem grosse rundliche Zellen, die den 3—4 fachen Durchmesser der rothen Blutkörperchen hatten, einzeln oder in Haufen zusammenliegend. Recht oft enthielten diese Zellen Vacuolen und besassen dadurch Siegelring-Form. Die Punktion bewirkte nur vorübergehende Erleichterung. Das Exsudat nahm bald wieder zu und entwickelte sich im Laufe des Februar eine Dämpfung unter dem Manubrium sterni, die langsam an Deutlichkeit zunahm. Ausser den supraclaviculären stellen sich noch geschwellte harte Drüsen am hinteren Rande des M. sternocleidomastoideus ein, ferner zahlreiche kleine linsen- und erbsengrosse empfindliche Knötchen in dem Fettgewebe der Brusthaut und in der linksseitigen Brustmusculatur, schliesslich ein Knoten in der hinteren rechten Axillarlinie zwischen der 9. und 10. Rippe, sowie eine kleine Geschwulst zwischen der linken Scapula und der Wirbelsäule, und eine andere in der Musculatur des linken Oberschenkels hinter dem grossen Trochanter.

Im Laufe des April und Mai nahmen die Beschwerden des Kranken immer mehr zu: vollständige Appetitlosigkeit, häufiges Erbrechen und ein sehr quälender Husten mit häufigen Suffocationserscheinungen. Sputum glasig, gelblichbraun oder leicht blutig gefärbt, in geringer Menge, ergab neben einigen rothen Blutkörperchen reichliche Schleimzellen und ausserdem grosse runde, feingranulirte Zellen mit grossem Kern, die ein hellbraunes, körniges Pigment enthalten.

Nach dem Essen stellte sich Brechneigung ein mit starker Salivation und häufig gefolgt von Erbrechen. Ausserdem quälte den Kranken oft Aufstossen und Singultus, der heftig schmerzhafte Empfindungen im Epigastrium und in der Herzgegend verursachte, die vom April ab nur durch mehrere Morphium-Injectionen täglich einigermaassen gelindert werden konnten. Es entwickelte sich beträchtliche Kachexie. Mitte Mai reiste Pat. auf sein Gut, wo sich bald alle Beschwerden in verstärktem Maasse und namentlich suffocatorische Anfälle einstellten, denen er am 31. Mai erlag.

Dr. Frankenhäuser hatte in diesem Falle von der ersten Untersuchung an den Verdacht fassen müssen, dass es sich um eine Erkrankung im Mediastinum handle. Hierfür sprachen die schmerzhaften Empfindungen hinter dem Sternum und die Beklemmung bei anstrengenderen Bewegungen, ferner die Erweiterungen der Hautvenen auf der linken Brusthälfte und namentlich das stenotische Athmen in der linken Lunge, welches ja nur auf eine Compression des linken Hauptbronchus zurückgeführt werden konnte, weil jede andere Ursache für eine Verengerung des Bronchus mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden musste. Da sich bei der Untersuchung nichts fand, was für eine andere Erkrankung im Mediastinum, insbesondere für Aortenaneurysma gesprochen hätte, so durfte mit einem gewissen Grade von Wahrscheinlichkeit eine Neubildung im Mediastinum vermuthet werden, welche Diagnose mit dem Erscheinen der Drüsenschwellungen im Supraclavicularraum sichergestellt wurde. Das Fehlen einer Dämpfung auf dem Manubrium sterni wies auf das hintere Mediastinum, auf die Wurzel der linken Lunge, in welcher Gegend schon ein kleiner Tumor bedeutende Compressionserscheinungen hervorrufen kann. Das Auftreten des pleuritischen Exsudates im November erklärt sich Ref. durch einen Durchbruch der Neubildung aus dem Mediastinum in die linke Pleuralhöhle, was von allen Handbüchern als ein ganz gewöhnliches Vorkommniss bei Mediastinaltumoren bezeichnet wird. Desgleichen glaubt Ref. die im December neben dem Herzen auftretende unregelmässig begrenzte Dämpfung durch secundäre Geschwulstwucherungen auf der Pleura costalis erklären zu müssen, welche von dort aus in die Brustmusculatur und in das Unterhautzellgewebe der linken Brusthälfte weiter wucherten. Gegen die Annahme, dass die ganze Erkrankung von der Pleura ausgegangen sei, scheint ihm zu sprechen, dass zuerst die Compressionserscheinungen aufgetreten, bevor noch ein pleuritisches Exsudat oder irgend eine Dämpfung nachweisbar war.

Die Section, bei welcher Ref. nicht anwesend sein konnte, war am 1. Juni von einem Collegen ausgeführt worden, welcher im Wesentlichen folgendes berichtet: Pupillen mässig und gleich erweitert. Die linke Brusthälfte in ihrem unteren Theil mehr ausgedehnt als die rechte, — in der Infraclavicular- und Axillargegend eingefallen. In der Haut der linken Brusthälfte bewegliche kleine Geschwülste von der Grösse einer Erbse, desgleichen die Lymphdrüsen an der linken Seite des Halses und in der Axilla bedeutend geschwellt. Nachdem die Haut der Brust abpräparirt, sieht man die Musculatur der Brust von weissen Gewebsmassen in verschiedenen Richtungen durchsetzt. Nach Entfernung des Sternums sieht man, dass dieses weisse Gewebe von der inneren Fläche des Brustkorbes aus die Brustmusculatur durchsetzt. Rechte Lunge ausgedehnt, graumarmorirt, lufthaltig, ist vorn, an der Seite und hinten durch nicht feste Verwachsungen mit der Pleura costalis verbunden. Rechte Pleurahöhle leer. Der Herzbeutel mit dem Sternum durch knorpelharte Gewebsmassen verbunden. Im Herzbeutel etwa 2 Esslöffel einer bräunlichen Flüssigkeit.

Im linken Pleurasacke eine bedeutende Menge blutiger Flüssigkeit. Die linke Lunge etwas grösser, als ein Handteller,

derb, liegt der hinteren Brustwand an. Von der vorderen Fläche der collabirten Lunge gehen zur Pleura costalis knorpelharte Stränge. Das Lungengewebe derb, grau gefärbt, durchsetzt von weisslichen Streifen. Herz mittelgross, fettreich, schlaff, von bräunlicher Farbe. Klappen normal Rippen unverändert.

Leider ist der Sectionsbefund nicht genügend genau, um aus demselben einen Schluss über den Ursprung der Erkrankung ziehen zu können. Dass die Pleura costalis wesentlich verändert gewesen ist, glaubt Ref. aus der Angabe schliessen zu können, dass die weissen Geschwulstmassen, welche die Brustmuskulatur durchsetzen, von der inneren Seite des Brustkorbes ausgehen. Dass das Mediastinum in hervorragendem Maasse an der Erkrankung betheiligt gewesen, kann man aus der Angabe entnehmen, dass die äussere Fläche des Herzbeutels durch knorpelharte Tumormassen mit der vorderen Brustwand verbacken war, doch fehlen leider alle Angaben über den hinteren Mittelfellraum.

Von der Section waren Ref. in Spiritus zugestellt worden ein Stück Unterhautzellgewebe von der linken Brusthälfte, ein Stück des Stranges zwischen der Lunge und der vorderen Brustwand und ein Stück vom unteren Lappen der linken Lunge. Die mikroskopische Untersuchung derselben ergab, dass sie alle von Wucherungen der scirrösen Form des klein alveolären Rundzellencarcinoms durchsetzt waren, jedoch glaubt Ref. die Geschwulst eher als ein Endothel-Carcinom resp. Sarcom auffassen zu müssen, da der Ausgangspunkt derselben an einem Orte angenommen werden muss, wo kein Epithel vorhanden ist, wenn auch das mikroskopische Bild nicht mit dem gewöhnlichen Bilde der Endothel-Carcinome vollständig übereinstimmt. So auch meint Ref. die Angaben der Autoren über Vorkommen von Carcinom im Mediastinum als Endothel-Carcinome der Lymphdrüsen, Lymphgefässe und Lymphspalten der Lungenwurzeln sich vorstellen zu müssen. An dem ihm zu Gebote stehenden Lungenstücke konnte Ref. kein Hineinwuchern in die Substanz der Lunge nachweisen; die Wucherungen befanden sich nur in der bedeutend verdickten Pleura.

Dr. Westphalen erinnert daran, dass es von Fraenkel als typisch für die Sarcome der Pleura hingestellt worden ist, dass dieselben unter dem Bilde der Pleuritis verlaufen.

Dr. Kernig hat gleichfalls einen solchen Fall erlebt, wo 9 mal die Punction der Pleurahöhle ausgeführt werden musste wegen der Indicatio vitalis. Die Section ergab stalactitenartige Wucherungen an der Pleura, welche der verstorbene Dr. Albrecht für Endotheliom der Pleura erklärte.

Dr. Westphalen hält es für verfänglich, aus den Vacuolenhaltigen Zellen einer Punctionsflüssigkeit auf einen Tumor zu schliessen, da dieselben auch veränderte Endothelien der Pleura sein können.

Dr. Frankenhäuser hat wenigstens in der Bauchhöhle solche Vacuolenhaltige Zellen immer nur bei bösartigen Tumoren gefunden.

2. Dr. Frankenhäuser: Fall von seltener Dilatation des Oesophagus. Am 10. Dec. d. J. trat ins Evangelische Hospital eine 63 Jahre alte Frau ein, die seit vielen Jahren an Dysphagie und einem Gefühl von Schwere im Abdomen gelitten. Dazu hat sich auch schon seit langer Zeit ein Sausen gesellt, das von der Brust, nach Angabe der Pat. ausgeht und sie sehr beunruhigt. Ausserdem Kurzathmigkeit und Beklemmung, besonders nach dem Essen. Pat. ist von mittlerer Grösse, stark abgemagert. Starkes Oedem der Beine. Geringer Ascites. Leichte Cyanose der Schleimhäute. Herzdämpfung nach links und unten vergrössert. Spitzenstoss im 7. Intercostalraum nach aussen von der Mamillar. Ueber dem Herzen und den grossen Gefässen, aber auch über der linken Carotis und der linken Subclavia hört man ein sehr lautes sausendes oder blasendes systolisches Geräusch, welches sogar hörbar ist, wenn man das Ohr nur in die Nähe des Brustkorbes bringt. Obere Herzgrenze an der 4. Rippe, rechte Herzgrenze am rechten Sternalrande. Vorne ergiebt die Percussion der Lungen nichts Abweichendes. Keine Dämpfung über dem Manubrium sterni. Hinten eine handbreite Dämpfung zwischen den Scapulis in der Mitte des Rückens bis zum 8. Brustwirbel herunter. Auch hier das Sausen hörbar. In der linken Subclavia und Carotis fühlt man ein Reiben oder Zittern. Tiefstand des Zwerchfelles und der Leber, deren vorderer Rand in der Höhe der Spina ant. sup. sich befindet. Nach oben reicht die Leberdämpfung nur bis zur 7. Rippe hinauf. Ref. nahm ein Aneurysma der Aorta thoracica und Enteroptose an. Patient war schon mit Husten und reichlichen Rasselgeräuschen in den abhängigen Theilen der Lunge eingetreten. Unter leichtem Fieber mit starken Morgenremissionen entwickelte sich in den unteren Theilen der rechten Lunge eine Pneumonie, welcher Patient am 18. Dec. erlag.

Die vom Ref. am folgenden Tage ausgeführte Section ergab sehr starkes Oedem der Beine. In der Bauchhöhle etwas dunkelbraun gefärbte Flüssigkeit. Rippenknorpel stark verknöchert. Die Lungen collabiren nur wenig, die linke durch zarte Adhaesionen mit der Pleura costalis, an der Spitze jedoch derber verwachsen, ist stark pigmentirt, mässig blutreich, stark oedematös, zeigt in der Spitze eine schiefrige Narbe. Die rechte Lunge durch sehr derbe Verwachsungen namentlich nach oben und hinten hin sehr fest an die Pleura costalis geheftet: auch mit der Pleura parietalis, soweit sie das Mediastinalgewebe bedeckt, ist die Pleura pulmonalis sehr fest verwachsen. In der rechten Lungenspitze alte schiefrige Heerde. Der obere und mittlere Lappen der rechten Lunge ziemlich blutreich und recht oedematös. Der rechte Unterlappen braunroth gefärbt, schlaff infiltrirt. Auf dem Durchschnitt keine Körnung nachweisbar. Bei Druck entleert sich aus der Schnittfläche sehr reichlich eine stark getrübte, schmutzig rothgefärbte Flüssigkeit. — Im Herzbeutel etwas Serum. Das Herz vergrössert; seine Musculatur hypertrophisch, besonders an der rechten Herzhälfte. Die Klappenapparate im Ganzen verdickt und getrübt. An den Semilunarklappen der Aorta und an den Tricuspidalklappen warzige Wucherungen. Aorta atheromatös, besonders im Arcus und am Abgange der grossen Gefässe. Letztere zeigen eine Anomalie, indem die rechte Subclavia und Carotis sowie die linke Carotis einen gemeinsamen Stamm bilden, und die linke Subclavia allein als selbstständiges Gefäss aus dem Aortenbogen entspringt. Hinter dem Herzen fühlt man einen grossen schwappenden Sack, nämlich den mit Speisebrei angefüllten, von der Höhe des Kehlkopfes bis hinunter zur Cardia enorm erweiterten Oesophagus. An der Cardia verringert letzterer sich plötzlich und scheint die Cardia nur wenig enger als gewöhnlich zu sein. — Das Zwerchfell steht sehr niedrig, seine Kuppe nur in der Höhe des unteren Randes der 6. Rippe. Die Organe der Bauchhöhle alle nach unten verlagert. Die Leber liegt mit ihrer oberen Fläche zum grössten Theile nach vorne, der vordere Rand derselben befindet sich in der Höhe der Spina sup. ant. des Hüftbeines Die rechte Niere liegt in der Hüftbeinschaufel, ihr oberes Ende in der Höhe der Crista ilei. Die linke Niere nur wenig höher gelagert. Der Magen vertical gestellt, die kleine Curvatur in Nabelhöhe, nur mässig dilatirt. Verf. erklärt sich das starke blasende Geräusch bei Lebzeiten durch Compression der Aorta von Seiten des dilatirten Oesophagus, und glaubt, dass die Dilation des letzteren durch einen Zug der dislocirten Bauchorgane hervorgerufen sei. (Demonstration des Präparates).

Dr. Metzler kannte einen Fall von Enteroptose, welcher von Jugend auf bestand, ohne dass es zu einer Abklemmung des Oesophagus gekommen wäre.

Dr. Bidder meint, dass bei verticaler Stellung des Magens der Oesophagus spitz in den letzteren münden müsse und eine Abknickung desselben daher leicht verständlich sei.

Dr. Kernig macht darauf aufmerksam, dass solche Zustände früher durch Lähmung der Musculatur des Oesophagus erklärt wurden.

Dr. Westphalen meint, dass vielleicht ein ursprüngliches Verticel des Oesophagus zu einer Klappenbildung am unteren Ende desselben geführt hätte, welcher dann erst nachträglich durch Anstauung zu einem grosse Sacke ausgedehnt worden.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Jinsen behandelte seinen Ascites durch ein trockenes Regime. Während 9 Tage nahm er nur 400 G. Flüssigkeit in 24 Stunden. Das Resultat war sehr günstig. Drei oder vier Tage nach Einführung des Trockenregimes stieg die Diurese von 800 g. auf 1200 an, und es schwanden alle krankhaften Erscheinungen. Sobald die Flüssigkeit in der Bauchhöhle ansteigt, unterwirft er sich dem Trockenregime, worauf der Ascites schwindet. In den letzten Jahren combinirte Jinsen diese Behandlungsmethode mit der Verabreichung von Magnes. calcin. 7–8 g. durch 2 Tage und mit Abführmitteln, worauf der Ascites täglich um 800 g. abnahm. Die ersten Tage nach Einführung des Trockenregimes sind die peinlichsten: starker Durst, trockene Zunge, salziger Geschmack des Speichels. Mit Steigerung der Diurese verschwinden jedoch diese Erscheinungen. (Therapie der Gegenwart pag. 451.)

Vermischtes.

— Der wirkl. Staatsrath Dr. med. v. Anrep, Präsident des Curatoren-Comités des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna und berathendes Mitglied und gelehrter Secretär des Medicinalconseils des Ministerium des Innern, ist zum Director des in St. Petersburg zu eröffnenden Medicinischen Instituts für Frauen ernannt worden.

— Es geht das Gerücht, dass der Oberarzt des hiesigen Marienhospitals, Leibmedicus J. A. Alyschewski um seine Demission nachgesucht hat.

— Verstorben: 1) Staatsrath Dr. med. Hermann Schulz am 1. August in Mitau. 2) Dr. Oskar Grünberg aus Jurjew (Dorpat am 27. Juli in Perm. 3) Der als Mitbegründer der modernen physiologischen Chemie berühmte Professor F. Hoppe-Seyler in Strassburg am 12. Aug. n. St.

— An der Universität Kasan sind ernannt: der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Ophthalmologie A. Krjukow — zum etatmässigen a. o. Professor; der Privatdocent Th. Jewezki zum ausseretatmässigen a. o. Professor der Ophthalmologie und der Privatdocent K. Leontjew zum a. o. Professor der gerichtlichen Medicin.

— Der Finanzminister hat es nicht für möglich gefunden, aus der Staatscasse die Mittel für den im Jahr 1896 in Kiew abzuhaltenden X Congress russischer Naturforscher und Aerzte zu bewilligen. Der Minister der Volksaufklärung hat gegen das Zustandekommen des Congresses nichts einzuwenden, wenn sich die Mittel dazu anderweitig beschaffen lassen.

— Die Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat bekanntlich in Anlass der hundertjährigen Feier zur Erinnerung an die Einführung der Schutzimpfung gegen die Pocken einen Preis für die beste Schrift über die Schutzimpfung ausgeschrieben. Die Konkursbedingungen lauten wie folgt: I. Allgemeine Abhandlungen über die Pocken und die Schutzimpfung: a. Anleitung zur Schutzimpfung; b. historische, medicinisch-geographische und medicinisch-statistische Betrachtungen über die Pocken und die Schutzimpfung; c. klinische, pathologisch-anatomische, bakteriologische und chemische Untersuchungen über die Schutzimpfung; d. populäre Abhandlungen über den Nutzen der Schutzimpfung. II. Die Technik der Vaccination: a. Artikel über die Vervollkommnung der Technik in der Herstellung der Lymphe, sowie Angaben über den besten Aufbewahrungs- und Versendungsmodus u. s. w.; b. die Angabe der besten Instrumente, Geräthe u. s. w. zur Ausführung der Schutzimpfung oder Vorschläge zur Verbesserung der bereits im Gebrauch befindlichen Instrumente; das Projekt zur Errichtung eines Muster-Impfinstituts. Anmerkung. Dem Autor wird es freigestellt, die einzeln aufgezählten Punkte zu vereinigen, sie zu erweitern und auch hier nicht Angeführtes zu behandeln. — III. Die Preisarbeiten können in russischer, französischer, deutscher und englischer Sprache abgefasst sein und handschriftlich oder gedruckt vorgestellt werden, im letzten Fall jedoch nicht früher als am 2. Mai 1896. Die übrigen Preisschriften müssen spätestens bis zum 2. März 1896 dem «Konseil der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit» (St. Petersburg, Dmitrowski-Pereulok Nr. 15) vorgestellt werden. IV. Die Durchsicht und Beurtheilung der eingelaufenen Preisschriften wird einem besonderen, von dem Konseil der Gesellschaft zu wählenden Experten-Komité übertragen. Die Prämiirungsresultate werden am Tage des Jubiläums, am 2. Mai 1896, auf der allgemeinen Versammlung der Gesellschaft bekannt gegeben. V. Die Preisschriften können entweder unter dem vollen Namen der Autoren vorgestellt werden, oder aber unter einer Devise, die sich mit dem Namen des Verfassers in einem verschlossenen Couvert befinden muss. VI. Es sind 4 Prämien ausgesetzt worden. Die erste Prämie besteht aus einer von der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit gestifteten goldenen Medaille und 1000 Rbl. Geld. Die zweite Prämie — aus einer goldenen Medaille; die dritte — aus einer kleinen goldenen Medaille; die vierte — aus einer silbernen Medaille. VII. Die Tauf- und Familiennamen der durch einen Preis ausgezeichneten Personen werden in den bedeutendsten Tagesblättern veröffentlicht werden.

(St. Petersburger Zeitung.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 5. August d. J. 6239 (35 wen. als in d. Vorw.), darunter 524 Typhus — (12 wen.), 718 Syphilis — (12 mehr), 73 Scharlach — (3 wen.), 22 Diphtherie — (2 wenig.), 25 Masern — (11 wen.), und 6 Pockenkranke — (2 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis 29. Juli 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
296	256	552	141	59	93	9	7	20	36	48	33	39	38	20	5	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 29, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 12, Diphtherie 9, Croup 0, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 65, Tuberculose anderer Organe 2, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 111, Todtgeborene 33.

Für die Woche vom 30. Juli bis 5. August 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
260	236	496	132	58	85	10	1	11	44	43	29	16	36	22	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 8, Diphtherie 6, Croup 3, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 1, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 45, Tuberculose anderer Organe 2, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 23, Krankheiten des Verdauungscanals 115, Todtgeborene 21.

Дозв. ценз. Спб. 12 Августа 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, 19. (31.) August **1895**

Inhalt: Dr. med. Otto Thilo in Riga: Fingerübungen. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen. — Zuschrift an die Redaction. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Wohnungsänderung.

Dr. med. **Rudolf Wanach** bittet, vom 1. August a. c. an alle die Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift betreffenden Mittheilungen, Manuscripte etc. an seine neue Adresse: St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paul-hospital, zu schicken. Sprechstunden am Montag, Mittwoch und Freitag, 2—3 Uhr Nachmittags.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden am 14., 15. und 16. September** dieses Jahres abgehalten werden.

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen können nicht mehr Berücksichtigung finden, da das Programm definitiv fixirt ist und die Tagesordnung keinen Raum mehr für Vorträge bietet.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Fingerübungen.

Von

Dr. med. Otto Thilo

in Riga.

Keine einzige berufsmässige Handarbeit kann ohne planmässige Uebungen erlernt werden.

Diese Uebungen wurden in einigen Berufsarten so sehr ausgebildet, dass durch dieselben sogar mangelhaft entwickelte Gliedmaassen zu Leistungen befähigt werden können, die selbst aussergewöhnlich kräftigen und geschickten Händen ohne Vorschule unmöglich sind.

Eines der besten Beispiele hierfür bieten wohl die Hände der blinden Kinder.

Diese verkümmerten Hände schildert Johann Wilh. Klein, der Vater des heutigen Blindenunterrichtes, im Anfange dieses Jahrhunderts folgendermaassen:[5])

«Weniger allgemein (als das über den ganzen Körper ausgebreitete Gefühl) ist die Ausbildung und die Stärke des eigentlichen Tastsinnes bey den Blinden und es kommt dabey viel darauf an, wie die nächsten Umgebungen eines blinden Kindes beschaffen waren und ob man ihm früher Veranlassung gegeben hat, diesen für einen Blinden nicht nur zur mechanischen, sondern selbst zur wissenschaftlichen Bildung so wichtigen Sinn zu üben und zu vervollkommnen. Die blinden Kinder sind hierin höchst ungleich. . . . .

Bey einem in gänzlicher Unthätigkeit bis in sein zehntes Jahr erhaltenen blinden Kinde nehmen besonders die Hände eine ganz eigene Form an. Die Finger bleiben sehr kurz, die Knochen dünn, die ganze Hand ungewöhnlich und schlaff. Weil beym Unterlassen alles Greifens die zum Einwärtsbiegen der Fingergelenke bestimmten Muskeln nicht geübt und gestärkt werden, so lassen sich die Finger sehr weit auswärts gegen den Rücken der Hand biegen und eine solche vernachlässigte Hand gleicht mehr einem ledernen Handschuh als dem bewunderungswürdigen Werkzeuge der Natur, durch welches die grössten und feinsten Kunstwerke hervorgebracht werden.

Der Erzieher eines solchen Blinden ist doppelt schlimm daran, weil hier in den meisten Fällen die Hände die Stelle der Augen vertreten müssen und selbst das Lesen, sowie die meisten wissenschaftlichen Kenntnisse auf diesem Wege erlangt werden sollen.»

Trotz dieser scheinbar unüberwindlichen Schwierigkeiten gelang es Klein durch seine Uebungen, die verkümmerten Hände soweit zu entwickeln, dass sie sich zu Arbeiten eigneten, die ebensoviel Kraft als feines Tastgefühl erfordern. Ich erinnere hier nur an die schweren Arbeiten der Korbmacherei, an das Clavierstimmen, Cla-

vierspiel und vor allem an das Lesen der Blindenschrift.

Gewiss hatte Klein ein Recht dazu, solch' eine Hand «das Auge des Blinden» zu nennen.

In der Wiener Blindenschule wurden diese Uebungen neuerdings sehr ausgebildet und hier in Verbindung mit dem «Handfertigkeits-Unterrichte» als Vorschule zur Arbeit und Musik bald unentbehrlich.

Ihre glänzenden Erfolge sind durch die öffentlichen Prüfungen allgemein bekannt.

Wir sehen also, dass schon seit dem Anfange dieses Jahrhunderts lähmungsartige Schwächezustände der Hand höchsten Grades durch Uebungen von Laien vollständig beseitigt werden.

Trotzdem finden wir in ärztlichen Kreisen für ähnliche Erkrankungen derartige Uebungen als Heilmittel nur wenig im Gebrauch. Im Gegentheil, wir lesen es in den verschiedensten medicinischen Handbüchern, dass bei der Behandlung geschwächter Nerven und Muskeln die Anwendung der Electricität den Uebungen vorzuziehen sei, und doch müssen wir es zugeben, dass wohl kaum ein Arzt im Stande ist, durch die Electricität Hände, welche in allen ihren Theilen (Knochen, Muskeln, Nerven, Haut) so verkümmert sind, wie die der blinden Kinder, zu jenen Leistungen zu befähigen, die Klein durch seine Uebungen erreichte.

Hiemit geben wir zu, dass die medicinische Wissenschaft bei der Behandlung der erwähnten Leiden durch die Electricität im Laufe eines Jahrhunderts nicht soweit gelangt ist, wie Klein mit seinen Uebungen.

Dieser Misserfolg rührt wohl hauptsächlich daher, dass man zu einseitig vorging. Man sah im Anfange dieses Jahrhunderts in der Electricität gleichsam eine neue übertragbare Lebenskraft.

«Docteur voilà l'image de la vie!» rief Napoleon I. Corvisart zu, als ihm die Zerlegung der Aetzalkalien durch den electrischen Strom gezeigt wurde.[14])

Die unmittelbaren Wirkungen dieser neuen Zauberkraft auf Muskeln, welche dem Willen vollständig den Gehorsam versagten, liessen die lästigen Uebungen als unnütz erscheinen und man unterliess es, die Anwendung der Electricität mit den Uebungen zu vereinigen.

Heutzutage ist dieser hundertjährige Zauber gebrochen. Wir haben es eingesehen, dass eine Vereinigung[16]) beider Heilverfahren zu erproben sei und nur noch grosse praktische Schwierigkeiten verhinderten bisher diese Vereinigung.

Diese Schwierigkeiten zu verringern war seit Jahren mein Bemühen. Daher will ich es versuchen, im Nachfolgenden anzudeuten, durch welche Mittel mir eine derartige Vereinigung möglich erscheint. — Die Hauptschwierigkeiten, welche sich einer Verallgemeinerung der Bewegungskuren entgegenstellen, sind wohl folgende:

1) Die lange Dauer der einzelnen Sitzung.
2) Die lange Dauer der ganzen Kur.
3) Die Kostspieligkeit der Kur, welche durch die Kostspieligkeit der Apparate oder den Heilgehilfen bedingt wird.

Diese Schwierigkeiten veranlassten mich, einfache, leicht herstellbare Vorrichtungen zu verwenden, die durch genaue Kraft- und Zeitbestimmungen ein sicheres Urtheil über den Erfolg der Behandlung gewähren und zugleich es gestatten, eine grössere Anzahl von Kranken gleichzeitig zu behandeln.

Hierdurch erst war ich im Stande, die Kranken in der ausgiebigsten Weise ihre langdauernden Uebungen machen zu lassen und sie ohne allzugrossen Zeitaufwand persönlich zu überwachen.

Hierdurch erst erlangte ich die Möglichkeit durch zahlreiche vergleichende Beobachtungen und Erfahrungen feste Gesichtspunkte über die Wirkung und den Gebrauch der Widerstandsbewegungen zu gewinnen.

Wie ich mir von diesen Gesichtspunkten aus feste Regeln bildete, will ich versuchen, hier kurz mitzutheilen.

Jeder Arzt der mit eigener Hand Widerstandsbewegungen geleitet hat, wird wohl die Erfahrung gemacht haben, dass er bei Wadenkrämpfen die krampfhafte Spitzfussstellung nicht selten beseitigen kann, wenn er mit seiner Hand einen leichten Druck auf die Rückseite der Fussspitze ausübt und jetzt den Kranken auffordert, eine Rückenbeugung des Fusses vorzunehmen.

Bei diesen Bewegungen muss commandirt werden: 1, 2 und bei einseitigen Krämpfen sind die Widerstandsbewegungen zuerst an dem Fusse vorzunehmen, der vom Krampfe verschont geblieben ist.

Freilich gelingt es nicht immer in dieser Weise den Krampf zu lösen und nur eine sehr geübte Hand vermag derartige Widerstände auszuüben.

Diese krampflösende Wirkung der Widerstände beruht wohl zum Theil darauf, dass bei Belastung der Rückenbeuger des Fusses die Thätigkeit der Sohlenbeuger gewohnheitsmässig ausgeschaltet wird.

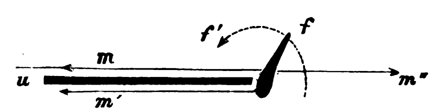
Zu allen freien Bewegungen*) unserer Gliedmaassen, sind ja zwei einander entgegengesetzte Muskelgruppen erforderlich. Beugungen der Finger können z. B. ohne Mitwirkung der Strecker ebensowenig ausgeführt werden, als bei krampfhaften Zuständen derselben d. h. bei ungenauer Anpassung der überreizten Strecker an die Beuger.

Es kann aber trotz der überreizten Strecker die Beugung doch möglich werden, wenn eine geübte Hand die Thätigkeit der Strecker nachahmt. Zum Theil wird wohl aber die krampflösende Wirkung der Widerstände noch durch andere Ursachen bedingt.

Bei allen freieren Bewegungen ziehen Beuger und Strecker, also zwei Muskelgruppen, die Gelenkenden der bewegten Knochen gegen einander und erzeugen so einen Druck, welcher gleich ist der Zugkraft der Beuger + der Zugkraft der Strecker.

Wird nun durch Anwendung einer äusseren Kraft eine der Muskelgruppen ausgeschaltet, so wird hiermit auch der Theil des Druckes ausgeschaltet, den der Zug dieser einen Muskelgruppe bewirkte. — Beifolgendes Schema möge noch deutlicher diese Verhältnisse veranschaulichen.

Schema I.



u=Unterschenkel
f=Fuss.
m=Rückenbeuger des Fusses.
m'=Sohlenbeuger.
m''=äussere Kraft.
D=Druck den die Gelenkkörper bei Bew. d. d. Züge d. Musc. m. u. m' erleiden.
D=m+m' bei freien Bewegungen.

Wird m' durch die äussere Kraft m'' ausgeschaltet, so haben wir, da m'' in entgegengesetzter Richtung von m wirkt:

$$D=m-m''=0$$

Ist z. B. m=3; m'=3; m''=3 grm., so wird:

bei freier Bew. $D=m+m'=3+3=6$ gr.

bei Bew. gegen einen äusseren Widerstand von 3 grm.

$$D=m-m''=0.$$

*) Mit dem Ausdrucke «freie Bewegungen» bezeichne ich solche Bewegungen, die ohne äussere Widerstände ausgeführt werden, ähnlich den sogenannten «Freiübungen» der Turner.

Also ist bei der Widerstandsbewegung der Druck der Gelenkkörper gegen einander = 0.

An den Gelenken der einarmigen Knochenhebel muss die Druckentlastung der Gelenkkörper oft noch viel bedeutender ausfallen, da hier z. B. die Streckmuskeln einen bedeutend stärkeren Zug als die Beugemuskeln auszuüben haben und hier nicht $m = m'$ sondern $m < m'$ ist. Da jedenfalls bei vielen Bewegungsstörungen eine Druckempfindlichkeit der Gelenkkörper die Bewegungen erschwert, so hat diese Verminderung des Druckes gewiss eine grosse Bedeutung. Dieses beweist schon die schmerzstillende Wirkung der Verbände mit Gewichtzügen.

Ich habe es oft erfahren, dass Bewegungen verbunden mit Druckentlastungen ein vorzügliches Heilmittel, sowohl gegen mechanische als nervöse Erkrankungen der Gelenke sind.

Sehr maassgebend für die Wirkung der Widerstandsbewegungen ist gewiss wohl auch ihre Beeinflussung jener Organe, welche die zu den Bewegungen erforderliche Kraft liefern. Ich meine Gehirn, Nerven und Muskeln, die ich kurz mit dem Ausdruck K=Kraft bezeichnen will.

Bei jeder freien Bewegung hat diese Kraftquelle zwei Muskelzüge zu versorgen. Wird nun **einer** dieser Muskelzüge durch die äussere Kraft m'' (Schema I m'') ausgeschaltet, so bleibt nur noch die Versorgung des anderen Muskelzuges übrig. Ist also nach obigem Schema bei einer freien Rückenbeugung des Fusses $K = m + m'$ so ist bei Anwendung einer äusseren Kraft m'' $K = m$. Bei einer Reihe von Bewegungen wird aber K noch mehr vermindert. Es wird nämlich die Bewegung zurück von f' nach f (Schema I) nicht durch den Muskelzug m' bewirkt, sondern durch die äussere Kraft m'', so dass für diese Rückbewegung von f' nach f, $K = 0$ ist.

Wir haben daher:

bei freien Bewegungen

für die Bewegung von f nach f' $K = m + m'$

» » » » f' » f $K = m' + m$

also für beide Bewegungen 4 m.

bei Anwendung der äusseren Kraft m''

$K = m$ f ⟶ f'

$K = 0$ f' ⟶ f

Also für beide Bewegungen m.

Setzen wir für m = 5 gr., so würde bei zwei freien Bewegungen 20 gr. Kraft verbraucht werden, während bei Anwendung der äusseren Kraft $m'' = 5$ grm. für zwei Bewegungen die Kraftquelle nur 5 grm. zu liefern hat.

Es wird also bei Ausschaltung von Muskelzügen durch äussere Kräfte der Kraftverbrauch herabgesetzt um soviel als der ausgeschaltete Muskelzug beansprucht, und wir erkennen somit das interessante **Gesetz**, dass sorgfältig angepasste Widerstandsbewegungen weniger ermüdend wirken müssen, als Bewegungen, die ohne äussere Widerstände ausgeführt werden.

In der That geben denn auch einsichtige Kranke an, dass derartige Widerstandsbewegungen, so lange sie nicht zu stark und zu lange ausgeführt werden, sehr wohlthuend auf sie einwirken und durchaus einem Drange nach Bewegung entsprechen, dem Folge zu leisten ihnen ohne Widerstände unmöglich ist.

Gewiss wird diese wohlthuende Empfindung auch schon erklärlich, wenn man erwägt, wie wohlthuend es auf den Gemüthszustand des Kranken einwirkt, dass plötzlich durch die Handauflegung des Arztes Bewegungsstörungen schwinden, die bisher unüberwindlich waren. Auch die bedeutenden Hindernisse im Blutkreislaufe werden durch die Bewegungen beseitigt. Wie häufig sieht man dieses, wenn bei Wadenkrämpfen durch active und passive Bewegungen die Füllung der Venen nachlässt und die Spannungen und Schmerzen im Unterschenkel schwinden.

Freilich wird dieses wohl auch durch die Dehnungen der erkrankten Muskeln und Nerven bedingt, welche die Krämpfe verursachen.

Es kommen also wohl kurz folgende Momente bei der Behandlung mit Widerstandsbewegungen in Betracht:

1) Begünstigung des Blutumlaufes.

2) Passive Bewegung und Dehnung der erkrankten Nerven und Muskeln.

3) Verminderung der Reibung und des Druckes, welcher durch den Zug der Muskeln bedingt wird.

4) Herabsetzung des Verbrauches der von den Muskeln, Nerven und dem Gehirn zu liefernden Kraft.

Diesen vier Momenten suche ich durch folgende Behandlung gerecht zu werden:

A. Die erkrankten Muskeln und Nerven werden durch die Widerstandsbewegungen der ihnen entgegengesetzt wirkenden Muskeln passiv bewegt. Das dauernde Tragen und Halten von Gegenständen wird streng verboten.

B. Allmählich gehe ich zu activen Bewegungen der erkrankten Muskeln über.

C. Die erkrankten Muskeln werden an die zusammengesetzten Bewegungen und an das dauernde Festhalten von Gegenständen gewöhnt, welche mit jeder Handarbeit verbunden sind.

Während der ganzen Behandlung wird massirt, meist auch electrisirt und durch Zureden, energisches Commandiren bei den Uebungen, Bekanntmachen mit Geheilten, der stets hochgradig gesunkene Muth der Kranken gehoben.

Zu den Uebungen verwende ich die sogleich näher zu beschreibende Vorrichtung. Sie besteht in einem Drahtgestell, an das man Züge mit Gewichten nach allen Richtungen hin anbringen kann.

Befestigt man diese Züge mit einer Schlinge an den Fingern oder an der Hand, so bilden sie Widerstände für alle Bewegungen, die überhaupt mit den Muskeln der Hand oder der Finger ausführbar sind.

Ein Blick auf die beigefügten Zeichnungen (Fig. 1, 2, 3) scheint mir zu genügen, um zu erkennen, dass an dem hier abgebildeten Drahtgestell durch Gewichtzüge Widerstände für das Beugen, Strecken, Spreitzen und für die Greifbewegungen der Finger hergestellt werden können.

Die grosse Vielseitigkeit der Richtungen dieser Widerstände ist ja vielleicht auch durch die Hand eines Gymnasten oder durch Gummizüge erreichbar. Schwerlich aber ist die Hand des Gymnasten im Stande, so genau bestimmbare Stärkegrade der Widerstände zu bewirken, wie es mit Leichtigkeit durch Vermehrung oder Verminderung von Gewichten möglich ist.

Zudem verhindert die grosse Kostspieligkeit und Umständlichkeit der manuellen Widerstände selbst wohlhabende Patienten am ausreichenden Gebrauch derselben.

Gummizüge haben wiederum den Nachtheil, dass ihre Dehnbarkeit bei gesteigerter Dehnung schnell abnimmt und sie daher den Muskeln stets einen wachsenden Widerstand entgegensetzen. Da aber die Kraft des Muskels abnimmt, je mehr der Muskel sich zusammenzieht und schliesslich=0 wird (siehe Handbuch der Physiol. von Hermann) so übersteigt ein zunehmender Widerstand die Leistungsfähigkeit eines Muskels. Obgleich nun allerdings die meisten Muskeln an Hebeln arbeiten, die bei fortschreitender Bewegung einen geringeren Kraftaufwand erfordern, so reicht dieses doch nicht aus, um in jenen Momenten einen wachsenden Widerstand zu überwinden, wo die Kraft des Muskels sich immer mehr 0 nähert. Dieses zeigt sich schon darin, dass bei stark geschwächten Muskeln ununterbrochen wachsende Widerstände die Bewegungen sehr einschränken, während Widerstände die anfangs allmählich zunehmen und zum Schluss wieder allmählich abnehmen, die Ausgiebigkeit der Bewegungen bedeutend steigern.

Derartige Widerstände, also gleichförmig zu- und abnehmende, können mit meinen Vorrichtungen hergestellt werden.

Da nämlich (siehe Schema II und III) der Finger l beim Ziehen der Schnur einen einarmigen Hebel bildet und die Fingerspitze hierbei keine gerade Linie sondern einen Kreisbogen beschreibt, so haben die Fingermuskeln jene zu- und abnehmenden Widerstände zu überwinden, wie sie an einarmigen Hebeln bemerkbar sind.

Bilden Finger und Schnur einen Winkel von 0°, so kann der Finger in dieser Stellung ohne Muskelthätigkeit verharren. Bei fortschreitender Bewegung wächst der Widerstand bis Finger und Schnur einen Winkel von 90° einschliessen und wird 0, sobald Finger und Schnur einander in einer geraden Linie berühren (Schema III). Es hat eben die Fingerspitze dann einen todten Punkt erreicht und kann wiederum ohne Muskelthätigkeit in dieser Stellung verharren.

Die Gleichförmigkeit dieser Zu- und Abnahme kann durch Berechnung der Kraftmomente für die verschiedenen Winkelstellungen nachgewiesen werden.

In Schema II ist:

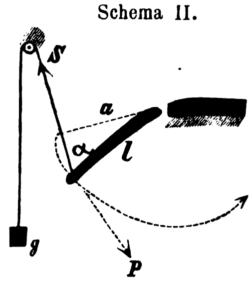
$G = S$ $S \sin \alpha = P$

$S.\ a - Pl = o$ $P = S \sin \alpha$

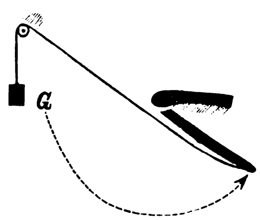
$a = l \sin \alpha$ $P = G \sin \alpha$

$S\ l \sin \alpha = Pl$

Schema II.



Schema III.

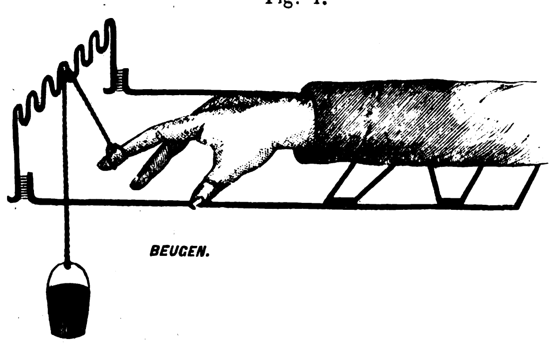


Zur Gebrauchsanweisung.

meiner Vorrichtung möge nachfolgende Beschreibung der Figuren 1—3 dienen:

Fig. 1 stellt die Fingerbeugung mit Widerstand dar. Die doppelt genommene Schnur ist mit einer Schlinge an die Fingerkuppe befestigt.

Fig. 1.



Die über den wellenförmig gekrümmten Drahtbügel gelegte Schnur trägt am Ende einen Eimer mit Gewichten, welche die Spitze des Fingers nach vorn und oben ziehen und so dem Beugen des Fingers einen Widerstand entgegensetzen.

Fig. 3 stellt das Fingerspreitzen mit Widerstand dar. Der wellenförmig gekrümmte Drahtbügel ist abgehoben. Zum Anziehen der Finger braucht man nur die Schnüre so zu legen, dass sie sich nicht kreuzen, wie in Nr. 3, sondern so, dass die eine Schnur nach rechts, die andere nach links verläuft.

Fig. 2.

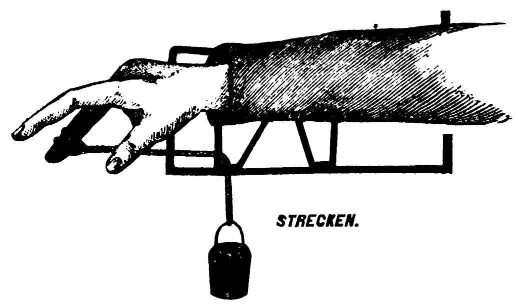
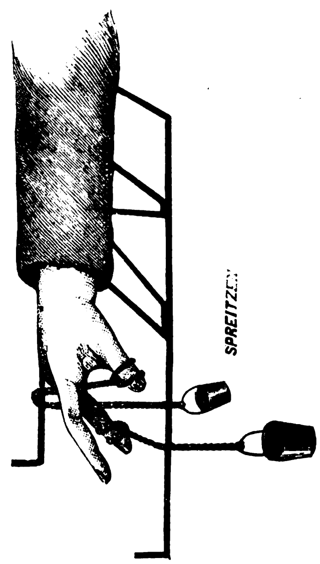


Fig. 2 zeigt das Fingerstrecken mit Widerstand. Der in Fig. 1 abgebildete wellenförmige Drahtbügel ist entfernt und das Drahtgestell so umgedreht, dass der in Fig. 1 beim Ellenbogen befindliche Theil des Gestelles unter die Hohlhand zu liegen kommt. Die Schnur wird nicht über diesen Theil unter der Hohlhand gezogen, sondern über einen Drahtstab, der hinter demselben in der Nähe der Tischkante gelegen ist. Oberhalb dieses Drahtstabes ist ein zweiter Drahtstab angebracht, damit der hier aufliegende Arm nicht das Ziehen der Schnur behindert.

Fig. 3.



Auch combinirte Bewegungen lassen sich mit der Vorrichtung ausführen, z. B. Beugung eines Fingers mit Anziehen verbunden, wenn man die Schnur nicht in die Mitte des Drahtbügels legt (Fig. 1) sondern in eine seitlich gelegene Biegung desselben.

Das Strecken des Handgelenkes mit Widerstand wird bewerkstelligt, wenn man die Hand etwas weiter vorschiebt, als es in Fig. 3 dargestellt ist, und die Schlinge der Schnur um 4 Finger legt.

Zur Vornahme der Einwärts- und Auswärtsrollung der Hand (Pro- und Supination) schlinge man die Schnur um den Daumen oder um die Mittelhand und führe die Schnur

über einen seitlich gelegenen Drahtstab, wie beim Fingerspreitzen Fig. 3.

Ist übrigens die Kräftigung der Hand soweit vorgeschritten, dass man das dauernde Halten eines Stabes gestatten darf, so kann die Supination sehr bequem mit einem Holzstabe ausgeführt werden, dessen freies Ende man abwechselnd zum Fussboden neigt und erhebt.

Ich beabsichtige nicht, hier Uebungsrecepte für die verschiedenen Erkrankungen zu geben. Diese könnten doch nur höchst allgemein gehalten werden, da ein strenges Anpassen an jeden einzelnen Fall erforderlich ist. Wer überhaupt Uebung in der Behandlung mit Bewegungen besitzt, der wird auch bald meine Apparate zu verwenden wissen, er wird es verstehen, mit ganz leichten Uebungen zu beginnen und sie unmerklich zu steigern.

Ich hoffe, die Collegen werden mir darin beistimmen, dass Schreibkrämpfe im allgemeinen mehr abducirende Bewegungen erfordern, Clavierkrämpfe mehr adducirende, dass zwischen den Uebungen massirt werden muss, um die Erholungspausen auszunutzen, dass zunächst nur die Antagonisten der erkrankten Muskeln zu üben sind und erst ganz allmählich auf diese übergegangen werden darf.

In welcher Weise solch ein Uebergang mit meinen Apparaten möglich ist, soll nachstehendes Schema darthun, nach welchem ein Fall von Schreibkrampf von mir geheilt wurde.

Es handelte sich hauptsächlich um Erkrankungen des Nervus medianus, die eine grosse Druckempfindlichkeit verursachten.

I. Stufe. Dauer drei Wochen. a) Fingerstrecken mit Widerstand, Fig. 2. Mittelfinger, Zeigefinger einzeln, jeder Finger zwei Minuten. Belastung jedes Fingers 15 g. Massage des Plexus brachialis, der Hand und des Armes, die auf eine schiefe Ebene gelagert sind. Dauer zehn Minuten.

b) Fingerspreitzen, Fig. 3. Daumen — Mittelfinger zwei Minuten, Daumen—Zeigefinger zwei Minuten. Belastung 15 g. pro Finger. Massage der Hand und des Unterarmes fünf Minuten.

II. Stufe. Dauer zwei Wochen. Uebungen von Stufe I mit Belastung 25 g. pro Finger. Dauer acht Minuten. Massage wie in Stufe I.

Extension mit Abduction, Daumen, Zeigefinger, Mittelfinger einzeln. Dauer für jeden Finger zwei Minuten, Belastung jedes Fingers 20 g. Massage der Hand fünf Minuten.

III. Stufe. Dauer zwei Wochen. Steigerung der Uebungsdauer und Belastung bei den bisherigen Uebungen nach den bisher gemachten Erfahrungen über die Leistungsfähigkeit des Patienten. Ausserdem Heben einer dreipfündigen Hantel mit dem ganzen Arme zehnmal. Uebung des Musculus triceps durch Armstrecken mit Widerstand.

In der letzten Zeit war mit geeigneten Federhaltern[15]) das Schreiben schon bis zu einer Stunde ohne Beschwerden möglich. Nach einigen Monaten wurde Patient, obgleich er es für unnütz hielt und kaum Störungen beim Schreiben fühlte, nochmals einen Monat lang behandelt und so vollständig geheilt, dass er jetzt als Secretär einer Behörde sechs bis acht Stunden täglich schreibt. Selbstverständlich kann vorstehendes Schema selbst im vorliegenden Falle nur annähernd andeuten, wie die Behandlung geleitet wurde. Es handelte sich hier hauptsächlich um eine Medianuserkrankung. Bei Schreibstörungen, bedingt durch Radialiserkrankungen, sind die Uebungen ganz anders zu wählen; ebenso bei jenen Schwächezuständen der Hand, die plötzlich das Schreiben unmöglich machen. Ich wollte mit diesem Schema nur darthun, wie meine Apparate dazu dienen können, von der Uebung einer Muskelgruppe ganz allmählich durch combinirte Uebungen auf die Antagonisten überzugehen.

Folgender Fall möge darthun, wie in meiner Anstalt geschwächte Muskeln behandelt werden.

Der Kutscher L. wurde im März 1894 von einem Pferde derart in den rechten Oberarm gebissen, dass sich an der Ansatzstelle des Deltamuskels eine bedeutende Schwellung entwickelte und eine vollständige Lähmung der Strecker des Oberarmes, der Hand und der Finger entstand (Radialislähmung). Bis zum September 1894 wurde L. von einem Collegen dreimal wöchentlich galvanisirt und Ende September meiner Behandlung übergeben.

Mein Befund bei der Aufnahme war folgender: Am Ansatze des Musc. delt. fühlte man kleine drüsenartige Ansammelungen unter der Haut. Strecken des Unterarmes bei geringem manuellem Widerstand war möglich. Legte Patient den Arm auf einen Tisch und liess die Hand herabhängen, so gab er an, sie nicht erheben zu können. Faradische Ströme zeigten gar keine Einwirkung auf die Strecker der Hand und Finger, galvanische Ströme eine ganz geringe Entartungsreaction. — Trotzdem hatte ich Grund anzunehmen, dass eine leichte Uebertreibung der Gebrauchsunfähigkeit seiner Hand von Seiten des Patienten vorliege.

Ich liess ihn seinen Arm so auf das Drahtgestell legen und so die Schnur um Zeige- und Mittelfinger schlingen, wie es etwa Fig. 3 entspricht. (Lagerung für Fingerstrecken). Den Eimer belastete ich mit acht Gramm. Mit meiner Hand erhob ich die seinige beim Kommando eins und liess sie beim Kommando zwei wieder herabsinken. Allmählich hörte ich auf die Hand des Kranken zu heben und hielt meine Finger nur ununterbrochen an seine Handfläche leicht angelegt. Ich bemerkte so, dass Patient seine Finger leicht hebend und senkend einen Widerstand von acht Gramm überwand.

Natürlich theilte ich dem Patienten nicht meine Bemerkung mit, sondern setzte zweimal täglich die erwähnte Uebung mit ihm fort, die dahin führte, dass er in einigen Tagen ohne meine Handauflegung die acht Gramm hob. Die allmähliche Kräftigung der Finger möge folgende Uebersicht von Kraftmessungen geben:

Rechte (kranke) Hand Fingerstrecken (Fig. 3)						Linke Hand Fingerstr. (Fig. 3)
	Octbr.	Jan.	März	April	Mai	
2. Finger	8 grm.	300	400	600	700	2. Fing. — 900 grm.
3. Finger	8 grm.	300	400	600	700	
4. Finger	nicht gemessen				500	
5. Finger	nicht gemessen				400	
Fingerspreitzen (Fig. 2)						Fingerspr. (Fig. 2)
1. Finger	8 grm.				570	1. Fing. 840 grm.
2. Finger	8 grm.				570	2. Fing. 840 grm.

Es betrug also die Kraftzunahme beim Fingerstrecken vom 10. Sept. bis 10. Jan. gegen 700 grm., trotzdem schon sieben Monate seit der Verletzung des Nerven verflossen waren, als Patient im Beginn meiner Behandlung kaum acht Gramm mit dem Fingerstrecken heben konnte.

Ausserdem war der Kranke im Januar 1895 im Stande eine Weckuhr mit einem Schlüssel aufzuziehen, leichte Tischlerarbeiten auszuführen und aus Eisenblech Löffel und dergl. zu hämmern. Jetzt im Juni 1895 ist er wieder in der Fabrik als Arbeiter thätig und zeigt nur noch eine nicht bedeutende Schwäche der ganzen Hand.

Hinzufügen will ich noch, dass Patient täglich massirt und galvanisirt wird und dass ich einen Theil seiner Besserung diesem Heilverfahren zuschreibe.

Ich glaube aber, dass bei seinem trägen, störrischen Charakter dieses Heilverfahren allein ohne Uebungen und ohne mein hartnäckiges Zureden und Aufmuntern zu Bewegungen schwerlich wesentlich die Gebrauchsfähigkeit

der Hand gesteigert hätte, besonders da die electrische Erregbarkeit der Muskeln sich kaum verbessert hat. Dieser Fall wurde von mir hauptsächlich deshalb angeführt, weil mir aus ihm ersichtlich erscheint, dass meine Gewichtzüge auch zu diagnostischen Zwecken und zu einer psychischen Beeinflussung des Patienten benutzt werden können und somit sich auch zu Kraftmessern im Sprechzimmer eines Nervenarztes eignen.

Allgemeine Schwächezustände der Hand, wie sie z. B. in den Blindenschulen beobachtet werden, möchte ich vorschlagen, zunächst mit meinen Gewichtzügen zu behandeln, da diese sehr ausgiebige Bewegungen gestatten. Ausserdem würde ich die Kinder einander massiren lassen (Klatschen, Hacken, Fäusteln, Drücken, Streichen der auf einem Tisch gelagerten Hand.)

Sind Fortschritte bemerkbar, so würde ich hierauf die von Herrn Gigerl in Wien empfohlenen Uebungen ausführen lassen[5]) und die Gewichtzüge nur noch zum Fingerstrecken und Fingerspreitzen benutzen.

Die Supination würde ich mit einem Stabe in der oben beschriebenen Weise üben und möglichst bald zum Schwingen an den Ringen übergehen. Anfangs halte ich mit meinen Händen die Hände der Kinder an den Ringen fest und lasse sie schwingen.

Selbstverständlich sind sofort Handarbeiten vorzunehmen, sobald das Halten und Führen von Werkzeugen möglich ist. Auch noch auf dieser Stufe lasse ich das Fingerstrecken und Spreitzen mit Gewichtzügen ausführen, da diese Art von Dehnungen der Fingerbeuger sehr günstig auf die vom Halten ermüdete Hand einwirken.

Als Handarbeit zur Kräftigung der Hände und auch zur Beseitigung von Fingergelenk-Versteifungen empfehle ich das Arbeiten mit einem Hammer.

Als Material zum Hämmern verwende ich Rundstäbe nach folgender Härtescala: Holz, Blei, Zinn, Eisen, Federdraht. Zuletzt lasse ich Federn aus Bandeisen, Löffel, Verzierungen und dergl. aushämmern.

Zum Schluss möchte ich noch darauf hinweisen, dass meine Vorrichtung sich zu Vorübungen für das Spielen des Clavieres und anderer Instrumente eignet. Die Spreitzübungen z. B. Fig. 3 eignen sich zur Entwickelung der Spannung, die Streckübungen Fig. 2 zur Erlangung der freien Beweglichkeit einzelner Finger und zur Kräftigung der meist sehr mangelhaft ausgebildeten Fingerstrecker.

Literatur.

1) Die Uebung, von Du-Bois-Reymond.

2) Bewegungskuren mit bes. Berücksicht. d. mechan. Beh. des Dr. G. Zander. v. Dr. H. Nebel, Wiesbaden 1889, Bergmann.

3. Dr. G. Zanders medico-mechan. Gymnast. von Dr. A. Levertin. Stockholm, Königl. Druckerei P. A. Norstedt u. Söhne 1892.

4. Lärbock i Sjukgymnastik af T. J. Hartelius. Stockholm. Albert Boniers Förlag.

5. Die Hand, ihre Kräft. und Schul. durch Finger- und Handgymnast. v. Emmerich Gigerl, Jahresber. d. K. K. Blinden-Erzieh. Instit. in Wien 1893—94, Verlag des Blindeninstit.

6. Arbeitsschulen für Verkrüppelte v. Dr. Reinhardt-Natwig-Christiania. Zeitschrift für orthop. Chir. v. Hoffa, III. Bd. Heft 3 u. 4. Enke Stuttgart 1894.

7. Ebenda Bd. II. S. 443. Ueber congenitale Fingeranomalien. G. Joachimsthal.

8. Ebenda. Ueber die Ursachen der Muskelermüdung nach fremd. u. eig. Untersuch. v. Rudolf Brandis. III Bd. 3. u. 4. Heft.

9. A. Fick. Myographische Versuche am lebenden Menschen. Arch. f. ges. Physiol. Bd. 60, Bonn, 1895

10. Asthma ist heilbar. Zugl. eine Anleit., die Lunge zu kräftigen u. s. w. von K. F. Wagner. Leipzig, Arnold Strauch 1895.

11. Ueber Anpassungsversuche des Körpers bei Lähmungszuständen an den unteren Gliedmaassen. Dr. G. Joachimsthal. Virchows Arch. Bd. 139, Heft 3, Berlin 1895.

12. Der Fuss d. armlos. Beinkünstlers Unthan. Verh. d. Berlin. Anthrop. Ges. 1884, S. 539 v. Dr. Hans Virchow.

13. Ueber einen Fall v. total. Defect. der ober. Extrem. v. Felix Opfer. Deutsch med. Wochenschr. 1892 № 48 S. 1085.

14. Histoire de l'electricité et du magnetisme par Becquerel. Paris 1858 p. 33.

15. Federhalter gegen Schreibkrampf v. Dr. Otto Thilo. Illustr. Monatsschr. f. ärztl. Pol. Jan. 1895.

16. Klin. Untersuch. über d. Nervennaht v. Ernst Etzold. Inauguraldissert. Dorpat Mattiesen 1889.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 23. Januar 1895.

1. Dr. Kernig: Fall von Oesophagitis exfoliativa, welcher analog den bei hysterischen Personen mit Ausscheidung von strangförmigen Gebilden mit den Faeces unter Colikschmerzen beobachteten Fällen von Enteritis membranacea verlaufen ist.

Am Abend des 13. Januar trat in das Obuchowsche Frauenhospital eine im 4. Monate der Gravidität befindliche Person mit Blutbrechen ein (circa ein halbes Bierglas voll mit Serum gemischten Blutes), welche eine Stunde vorher das gleich zu beschreibende Präparat ausgebrochen hatte. Bis zu dem Abend soll die Person ganz munter gewesen sein, am Abend jedoch Fische gespeist haben, wobei sie plötzlich einen Schmerz verspürt hätte, als ob ihr eine Gräte im Halse stecken geblieben sei, worauf dann bald, angeblich eine Viertelstunde später, unter Würgbewegungen die Ausstossung des erwähnten Präparates erfolgte. Dasselbe stellt eine im frischen Zustande etwa 28,3 ctm. lange, jetzt bei der Demonstration nach dem Aufenthalte in Spiritus noch 23 ctm. lange, fingerdicke Röhre, einen vollkommenen Abguss des Oesophagus dar. Herr Dr. Krewer, welcher die Patientin ins Hospital aufgenommen hat und den Fall in extenso veröffentlichen wird, hat die microscopische Untersuchung des Präparates noch nicht beendet, so viel steht jedoch schon fest, dass dasselbe Lager von Zellen epithelialen Characters enthält und höchst wahrscheinlich eine Abstossung der ganzen Epithelialschicht des Oesophagus darstellt.

Die Krankheitserscheinungen bei der Patientin waren nur sehr geringe. Der obere Abschnitt des Oesophagus erwies sich zwar auffallend geröthet, die laryngoscopische Untersuchung jedoch ergab nur einige Schleimpünktchen am Larynxeingang. Keine Druckschmerzen, keine Drüsenschwellung. Bloss in den ersten Tagen vermochte Patientin gar nicht zu schlucken, vom dritten, vierten Tage an konnte sie jedoch kalte Milch ($1\frac{1}{2}$ Liter täglich), von vorgestern an auch in Milch erweichtes Brod geniessen. Wiederholt erfolgte noch Auswürgen blutig gefärbten Serums. Patientin ist absolut fieberlos, und besitzt eine gute Laune. Sie ist jedoch deutlich hysterisch (hysterisches Grinsen). Dabei ist der rechte Arm weniger schmerzempfindlich als der linke, die linke hintere Thoraxhälfte wiederum weniger empfindlich, als die rechte. Auf beiden Augen ist der Limbus conjunctivae unempfindlich gegen Stecknadelkopfdruck.

Vor 5 Jahren soll Patientin eine ganz ähnliche Erkrankung durchgemacht haben. Bei Genuss eines Glases Kwas habe sie plötzlich einen stechenden Schmerz in der Kehle empfunden, so dass sie glaubte, ein Stück Glas verchluckt zu haben. Darauf habe sich Erbrechen und die fragliche Ausstossung membranöser Gebilde eingestellt. Nach 3 Tagen Genesung. Auch sonst hat Patientin in Zwischenräumen von einigen Monaten öfters an Schmerzen im Halse und Erbrechen gelitten. — Ref. ist der Meinung, dass es sich in diesen Fällen um vasomotorische Störungen handeln müsse, die bei Hysterischen rasch eintreten und eine äusserst starke Transsudation zwischen Epithellager und Schleimhaut hervorrufen können.

Dr. Kernig verweist noch auf analoge Fälle, auch vereinzelte Beobachtungen, in der Literatur. Eine derselben findet sich in Birch-Hirschfeldt's Lehrbuch der pathologischen Anatomie, Band II. p. 503 (zweite Auflage). Eine von Dr. Niedner in Dresden behandelte hysterische Dame erkrankte plötzlich ohne Verdacht einer toxischen Einwirkung an Schmerz im Halse, Unfähigkeit zum Schlucken. Uebelkeit

bei grosser allgemeiner Mattigkeit und mit febriler Temperatursteigerung. Am dritten Tage der Krankheit wurde mit Würgbewegung eine circa 20 ctm. lange häutige Röhre von grauem etwas durchscheinendem Aussehen entleert. Bei der microscopischen Untersuchung erwies sich dieselbe als die in toto losgestossene Epitheldecke des Oesophagus, die in den untersten Schichten dicht von Rundzellen durchsetzt war. Allmählig erfolgte völlige Genesung. Vor Jahren wollte die Kranke eine gleiche röhrenförmige Masse unter ähnlichen Krankheitserscheinungen erbrochen haben. Birch-Hirschfeldt bezeichnet die Affection als pseudo-croupöse und meint die Ursache in einer höchst acuten subepithelialen Eiterung suchen zu müssen, welche zur Abhebung der Epitheldecke führt.

2. Dr. Petersen: «Ueber die Lage der Hautkranken in St. Petersburg.» Schriftlicher Vortrag, zur Veröffentlichung in der St. Petersb. medic. Wochenschrift bestimmt.

Director: Dr. C. v. Lingen.

Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Humbert Mollière (Lyon) verwendet seit 10 Jahren bei Behandlung von Nephritiden eine Behandlungsmethode, die in Einreibung des Stammes mit folgender Salbe besteht: Pilo carpini nitric. 0,05–0,1 Vaselini albi 100,0. Die eingeriebene Stelle wird mit Wasser befeuchtet und mit wasserdichtem Stoff bedeckt. Dieser Verband bleibt so lange, bis der Kranke von Schweiss durchtränkt ist. Zuweilen ist schon nach 2—3 Tagen eine Besserung wahrnehmbar, gewöhnlich aber dauert es 10 bis 14 Tage, bis die Oedeme und die anderen charakteristischen schweren Erscheinungen der Nephritis schwinden. Der nach der Einreibung auftretende Schweiss ist sehr profus; die Diurese steigt rasch an. M. hat 50 Kranke auf diese Weise behandelt, darunter Fälle von acuter, subacuter und chronischer Nephritis. Am besten waren die Resultate bei der acuten Form aber auch bei den Chronischen zeigte sich bedeutende Besserung, wobei strenge Milchdiät nicht eingehalten wurde. Was den Mechanismus der Pilocarpinwirkung betrifft, so führt M. denselben auf eine reflectorische Erweiterung der Nierengefässe zurück.

(Lyon. medic. Therap. Wochenschr. Nr. 24).

— Salkowski hat bereits im vorigen Jahre die Aufmerksamkeit der Aerzte auf den Nährwerth des Caseins gelenkt. Es ist ein einheitlicher Stoff, welcher die Eigenschaften einer in Wasser unlöslichen Säure besitzt und mit Alkalien und Erdalkalien in Wasser lösliche Verbindungen liefert. Die Calciumsalze werden am besten dargestellt, indem man das trockene Casein mit der berechneten Menge festen Calciumhydrats mischt und in 94 pCt. Alkohol kocht. Die Salze lassen sich auch in Form weisser, getrockneter Pulver gewinnen. Für diätetische Zwecke ist das sauer reagirende Natriumsalz des Caseins am besten zu verwenden. Aus dem sauren Calciumsalz hat Röhmann ein Milchpulver mit den Eigenschaften und dem Geschmack einer fettfreien Kuhmilch bereitet. Das Pulver bestand aus 3 g. saurem Caseincalcium; 4,5 g. Milchzucker; 0,375 g. Dinatriumphosphat; 0,135 Monokaliumphosphat; 0,04 Chlorcalcium; 0,3 Kaliumchlorid; 0,01 Magnesiumcitrat. Diese Menge, in 100 g. Wasser gelöst, giebt eine der fettfreien Kuhmilch entsprechende Flüssigkeit, in welcher sich auch Butter emulgiren lässt. Auch ein der Frauenmilch entsprechendes Pulver hat R. dargestellt. — Das Caseinnatrium löst sich beim Erwärmen in Milch, Cacao oder Bouillon; in einer Tasse Milch kann man 10 g. Caseinnatron sehr leicht lösen. Ein wesentlicher Vortheil des Caseinnatrons liegt in seiner leichten Löslichkeit und chemischen Reinheit, wodurch es sich von den Peptonen vortheilhaft unterscheidet; auch zeigt es grosse Resistenz gegen Fäulniss, so dass es bei motorischer Insufficienz und Salzsäurearmuth des Magens, wo Neigung zur gesteigerten Darmfäulniss besteht, versucht werden könnte. Weitere Versuche haben ergeben, dass das Casein den Stickstoffbedarf des Körpers vollständig zu decken und die Anbildung von Eiweiss zu fördern vermag.

Berlin. klin. Woch. 17. Juni 1895.
Therap. Wochensch. Nr. 25.

Zuschrift an die Redaction.

Ersuche die hochgeehrte Redaction der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift folgender, infolge längerer Abwesenheit leider verspäteten Berichtigung, in einer der nächsten Nummern der Wochenschrift, gütigst Aufnahme zu gewähren.

Im Protokolle der Discussion über meine die Aethernarcose betreffenden Mittheilungen vom 11. April c. (Nr. 25 d. St. Petersburger Wochenschrift, Seite 235) finde ich zum Schluss mir die Behauptung zugeschrieben, ich hätte die von Dr. Rosenberg behufs Vermeidung des Eintrittes primärer Herzparalyse proponirte Cocainisirung der Nasenschleimhaut versucht, jedoch dabei negative Resultate erzielt. Es liegt hier entschieden ein Missverständniss vor. Allerdings wandte ich mich gegen die Anschauung mancher Autoren, als könne man durch Injection einer Cocainlösung vor Beginn der Narkose, den Kranken vor dem Eintritt der mit Recht so gefürchteten primären Herzlähmung schützen, da ich es leider mit angesehen, wie ein robuster Mann, trotz vorhergegangener Cocaininjection gleich zu Beginn der Narcose blitzartig durch primäre Herzparalyse hingerafft wurde. Prophylactische Cocainisirung der Nasenschleimhaut habe ich niemals versucht und besitze mithin in dieser Hinsicht absolut keine Erfahrung.

Hochachtungsvoll

M. Richter,
Ordinator am St. Marien-Magdalenen Hospital.

St. Petersburg, 9. August 1895.

Vermischtes.

— Wie aus der Annonce am Kopf dieser Nummer ersichtlich, verspricht der diesjährige VII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte, der vom 14.—16. September in Wenden abgehalten werden soll, ein sehr fruchtbringender zu werden. Darauf weist die Thatsache hin, dass schon jetzt so viele Vorträge angemeldet sind, dass die ganze disponible Zeit ausgefüllt ist. Wir möchten auch die hiesigen Collegen zu recht zahlreichem Besuch des Aerztetages auffordern; fleissige Betheiligung an den Discussionen würde ja die wissenschaftlichen Leistungen noch werthvoller machen. Auf den Nutzen und die Nothwendigkeit eines lebendigen Connexes mit unseren baltischen Collegen braucht kaum noch hingewiesen zu werden.

— Verstorben: Dr. med. August Bidder, 72 Jahre alt, in der Nacht auf den 12. August in Mitau. Der Verstorbene wurde 1846 in Dorpat zum Doctor promovirt und war seit 1848 Arzt am Collegium der allgemeinen Fürsorge in Mitau, später Gehilfe des kurländischen Medicinalinspectors. 1883 verliess er den Staatsdienst. Er war eine sehr geachtete und geliebte Persönlichkeit.

— Sowie im vorigen Jahre, werden auch heuer in dem seit Jahrhunderten weltbekannten Kurorte Trencsin Teplitz in Oberungarn im Monate September die Kurgäste in ganze Pension genommen und erhalten dieselben für drei Gulden täglich, die ganze Verpflegung, die Bäder nach Bedarf und ein anständiges Zimmer.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. August d. J. 6249 (10 mehr als in d. Vorw.), darunter 543 Typhus — (13 mehr), 733 Syphilis — (15 mehr), 64 Scharlach — (9 wen.), 29 Diphtherie — (7 mehr), 23 Masern — (2 wenig.), und 6 Pockenkranke — (0 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 6. bis 12. August 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
311	263	574	125	59	90	9	5	19	50	58	45	52	29	22	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 11, Diphtherie 1, Croup 2, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 7, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 12, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 3, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 120, Todtgeborene 20.

MENA HOUSE HÔTEL, CAIRO (EGYPTEN).



Am Fusse der Pyramiden. Wegen der reinen trockenen Wüstenluft von den Aerzten als gesundester Winterort für Leidende und Reconvalescenten empfohlen. Arzt und Pflegerinnen im Hause.

Hôtel allerersten Ranges.

Pension von 13 Mark an. Electrische Beleuchtung im ganzen Hause. Gute Bäder und grosses Marmor-Schwimmbad. Vorzügliche Stallungen, Reitpferde, Wagen aller Art. Lawn-Tennis- und Golf-Spielplätze. Ergiebige Jagd zur freien Benutzung. Saison 15. October bis 15. Mai.

Schick & Weckel, Besitzer.

(100) 4—4.

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

SCHUTZ-MARKE

Als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet. Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch (83) 10—6

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunnen

FURBACH & STRIEBOLL, Salzbrunn in Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken u. Mineralwasser-Handlungen

Moderne, mit allen medicinischen Behelfen ausgestattete

PRIVATHEILANSTALT

für chirurgische und interne Kranke,

Wien, Schmidgasse 14 (vormals Dr. Eder)

Vorzügliche Pflege. Mässige Preise.

Auskünfte jeder Art ertheilt bereitwilligst der Eigenthümer und Director

Dr. Julius Fürth.

(103) —1.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(90) 26—4.

SOURCES DE L'ÉTAT

CÉLESTINS
GRDE-GRILLE
HOPITAL

VICHY

Avoir soin de désigner la Source

DR. NAVRATIL'S CURANSTALT

„BALLARIA"

in Arco, der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols

für Lungen-, Herz-, Nerven-Kranke, Reconvalescenten etc.

Alle Curbehelfe, Prospecte und jegliche Auskunft auf Wunsch.

(102) 6—2.

Heilanstalt

für Magen- und Darmkranke

von **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

Aeltestes, klinisch geleitetes Institut am Platze. Das ganze Jahr über geöffnet. (56) 18—9 Prospecte gratis.

Bad Kissingen. Dr. Frhr. v. **Sohlern.**

Dr. med. C. Beste **Bad Nauheim.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 19 Августа 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, 26. (7. September) August 1895

Inhalt: Professor O. Petersen: Ueber die Lage der Hautkranken in den Hospitälern St. Petersburgs. — C. v. Samson-Woskresensk: Zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum. — Referate: Prof. Dr. R. Deutschmann (Hamburg): Ueber ein neues Heilverfahren bei Netzhautablösung. — R. Olshausen: Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. M. Graefe: Ueber die Behandlung (insbesondere die operative) der Rückwärtslagerung der Gebärmutter. — A. Mackenrodt: Zur Technik der Totalextirpation bei Carcinom. Derselbe: Die Igniexstirpation des Uterus bei Carcinom. E. Ries: Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms. — Zuschrift an die Redaction. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden am 14., 15. und 16. September** dieses Jahres abgehalten werden.

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen können nicht mehr Berücksichtigung finden, da das Programm definitiv fixirt ist und die Tagesordnung keinen Raum mehr für Vorträge bietet.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Ueber die Lage der Hautkranken in den Hospitälern St. Petersburgs.

(Vortrag gehalten in der Russ. Dermatologischen Gesellschaft.)

Von

Professor O. Petersen.

M. H.! Seit die meisten Hospitäler St. Petersburgs am 1. September 1884 der Stadtverwaltung übergeben, ist gewiss sehr viel zur Verbesserung der Lage der Kranken geschehen. Ausgenommen etwa Berlin, finden wir in keiner Stadt Europas so ausgezeichnet eingerichtete Abtheilungen für chirurgische, innere, und infectiöse Kranken; St. Petersburg kann mit Recht auf seine Hospitäler stolz sein — ausgenommen die Abtheilungen für syphilitische und venerische Kranken. Merkwürdig ist aber nun noch ein Punkt der Fürsorge. Für männliche Hautkranke existirt — so unwahrscheinlich das auch erscheinen mag — in keinem einzigen Hospital auch nur eine einzige Abtheilung, nicht ein Mal ein besonderes Zimmer. Man findet diese Patienten stets hie und da vereinzelt, in den verschiedensten Abtheilungen untergebracht, oder richtiger — geduldet. Wie soll man sich nun diese eigenthümliche Thatsache erklären?

Bezüglich der Syphilitiker lässt sich der Mangel an Fürsorge noch verstehen, denn leider besteht ja noch vielfach das Vorurtheil — die Syphilis sei etwas verächtliches, sündhaftes und daher verdienen die Syphilitiker keine Theilnahme, sie seien ja an ihren Leiden selbst schuld! Dabei vergisst man aber ganz, wie häufig nicht nur unter dem einfachen Volk, sondern auch in den gebildeten Klassen die ganz schuldlose Erkrankung an Syphilis auf extragenitalem Wege vorkommt. Dieses unberechtigte Vorurtheil gegen die Syphilitiker ist nur schwer zu bekämpfen, selbst bei der Hospital-Administration und diese hält sich leider fast überall immer noch an die alte Maxime «was für alle anderen Kranken untauglich ist, das ist für die Kranken der syphilitischen Abtheilungen der Hospitäler immer noch gut genug»!

Die Syphilitiker sind die «Stiefkinder» in der Hospitalsfamilie.

Wenn wir somit die ungenügende Lage der Syphilitiker noch wenigstens durch dieses alte Vorurtheil erklären können, so bleibt es doch ganz unbegreiflich, dass die Hautkranken ein noch viel traurigeres Loos trifft. Nirgends besteht in Petersburg eine Abtheilung für dieselben und meist nimmt man sie überhaupt nicht in die Hospitäler auf. Die Hospital-Administration hat für sie bisher noch garkein Interesse gezeigt. Vielleicht ist auch hierbei ein falscher Begriff von der Lage der Hautkranken und Unkenntniss der Hautkrankheiten überhaupt im Spiele, denn wiederholt haben wir die Meinung, selbst von Aerzten gehört, in Russland gebe es nur wenig Hautkranke, weil das Volk vielfach unsere Badestuben besucht und die Hautkranken bedürfen keiner Hospitalbehandlung, sie können sehr gut ambulatorisch behandelt werden. Dagegen kann es aber jeder Arzt, der mit den Ambulanzen, wo auch Hautkranke empfangen werden, bekannt ist, leicht bestätigen, dass wir selbst in St. Petersburg sehr viele Hautkranke haben, und dass dieselben nicht selten ihr Leiden gerade in den Badestuben sich zuziehen (Scabies, Dermatomycosen) und dass es bei einer ambulatorischen Behandlung oft geradezu unmöglich ist, selbst ein so leicht stationär zu überwindendes Leiden, wie Scabies, mit Erfolg zu behandeln.

Wenn man sich mit der Lage der Hautkranken in St. Petersburg oder in Russland überhaupt bekannt machen will, ist das bisher sehr schwierig, denn eine einschlägige Literatur fehlt vollkommen. Es bleibt daher nur übrig, sich mit den officiellen Berichten des Medicinal-Departements und der Stadtverwaltung von St. Petersburg zu begnügen, wobei in beiden Arten Berichte bei dem Mangel an Interesse der Aerzte für die von uns anzuregende

Frage überhaupt der Charakter der Daten natürlich nur fragmentarischer Natur sein kann.

Im Interesse der Frage über die bisher unberührte Lage der Hautkranken jedoch und bei der zweifellosen Wichtigkeit der infectiösen Hautkrankheiten und deren Differentialdiagnose scheint es mir trotz der Dürftigkeit der Daten zeitgemäss, wenigstens die vorhandenen Zahlen zusammenzustellen und einen ungefähren Begriff über die Zahl der Hautkranken, überhaupt in St. Petersburg und der Anzahl der in den Hospitälern Verpflegten zu erhalten und so die Wege zu weiterer Arbeit zu ebnen.

Bezüglich St. Petersburgs konnte ich die Jahresberichte der 11 unter der Leitung der Stadtverwaltung stehenden Hospitäler pro 1885—90 benutzen (der Bericht pro 1889 fehlt und soll überhaupt nicht erschienen sein). In Betracht kommen jedoch nur 7 Hospitäler, da von den anderen 4 in 3 nur Geisteskranke und in dem Alexander-Ausschlagshospital keine Hautkranke verpflegt werden.

In Nachfolgendem gebe ich nur das Gefundene wieder, wobei gleich bemerkt sei, dass die Berichte nicht einheitlich zusammengestellt und oft die einzelnen Krankheitsformen garnicht angegeben sind.

I. Das Obuchow-Hospital.

Es traten in dasselbe ein:

Krankheitsform	1885	1886 M.	1886 W.	1887 M.	1887 W.	1888 M.	1888 W.	1890 M.	1890 W.
Erythem	5	Zahl der Männer unbekannt	—	—	1	—	1	—	3
Herpes	3		—	—	—	—	—	—	1
Eczem	14		—	17	3	38	1	67	2
Psoriasis	1		4	—	—	—	—	1	—
Lichen	1		—	—	—	—	—	—	—
Lupus	1		1	2	1	1	—	2	1
Herp. tonsur	1		—	—	—	—	—	—	—
Scabies	2		—	4	1	3	—	12	—
Morb. Werlh.	—		2	—	—	—	—	—	—
Pruritis	—		1	—	—	—	—	—	—
Ecthyma	—		1	—	—	—	—	1	—
Furunculosis	—		2	20	1	26	—	26	—
Pelios. rheum.	—		—	—	1	—	1	—	—
Ichthyosis	—		—	1	—	—	—	—	—
Herp. Zoster	—		—	1	—	1	—	—	—
Favus	—		—	1	—	—	—	1	—
Tuberc. cutis	—		—	—	—	1	—	1	—
Pemphigus	—		—	—	—	—	—	—	1
Urticaria	—		—	—	—	—	—	—	2
	28	—	11	46	8	70	3	111	10

In Summa sind registrirt in 4 Jahren 227 Männer und 32 Weiber mit Hautleiden, die in verschiedenen Abtheilungen, theils in den chirurgischen, theils in den internen Abtheilungen behandelt wurden.

II. Das Alexanderhospital, gegründet zum Andenken an den 19. Febr. 1861.

Krankheitsform	1885 M.	1885 W.	1886 M.	1886 W.	1887 M.	1887 W.	1888	1890 M.	1890 W.
Tuberculosis cutis	8	1	16	—	7	—	Die Hautkranken im Bericht nicht angeführt	14	2
Eczema	13	4	35	4	10	—		42	12
Lupus	1	2	3	—	—	—		6	—
Psoriasis	—	—	6	—	1	—		5	—
Scabies	—	—	5	2	—	—		11	4
Pityrias. versicol.	—	—	1	—	—	—		—	—
Favus	—	—	1	—	—	—		—	—
Purpura simplex	—	—	1	—	1	—		—	—
Acne vulgaris	—	—	1	—	1	—		2	—
Herpes labialis	—	—	1	—	3	—		—	—
Herpes Zoster	—	—	1	—	—	—		1	2
Tuberculosis cutis	—	—	1	—	2	—		—	—
Elephantiasis	—	—	1	1	—	—		—	—
Dermatitis, Pemphigus etc.	—	—	11	—	—	—		—	—
Ambustura penis	—	—	—	—	2	—		—	—
Erythema	—	—	—	—	2	3		8	3
Urticaria	—	—	—	—	—	—		1	1
Sycosis	—	—	—	—	—	—		1	—
Impetigo	—	—	—	—	—	—		12	—
Pemphigus	—	—	—	—	—	—		3	—
Dermatomycosis	—	—	—	—	—	—		4	1
Lepra	—	—	—	—	—	—		3	—
	22	7	84	7	29	4	—	113	25

In Summa in 4 Jahren 226 Männer und 36 Weiber. Die Männer lagen meist in der Syphilis-Abtheilung. 1887 lagen 8 Hautkranke in der infectiösen (gangränösen) Abtheilung mit Erythema, Purpura und Eczema.

III. Das Peter-Paulhospital.

Krankheitsform	1885	1886 M.	1886 W.	1887 M.	1887 W.	1888 M.	1888 W.	1890 M.	1890 W.
Scabies	Die Hautkranken nicht notirt	15	3	—	—	—	—	15	5
Lupus		4	1	—	—	—	—	—	—
Urticaria		1	—	—	—	—	—	—	—
Eczema		54	9	—	1	43	25	24	13
Herpes		5	—	—	—	—	—	—	—
Ecthyma		2	—	—	—	—	—	—	—
Psoriasis		8	—	—	—	—	—	—	—
Prurigo		2	—	—	—	—	—	—	—
Furunculosis		7	—	2	1	—	—	—	-
Elephantiasis		1	3	—	—	—	—	—	—
Versch. Hautleid.		—	—	—	—	36	15	—	—
Morb. Werlhofi		—	—	—	—	—	—	—	1
Lepra		—	—	—	—	—	—	—	1
	—	99	16	2	2	79	40	39	20

In Summa in 4 Jahren 219 Männer und 78 Weiber, im Jahre 1887 sind jedoch nur die Hautkranken der chirurg. Abtheilung gezählt.

IV. Das Marien-Magdalenenhospital giebt nur für das Jahr 1888 Daten über die Hautkranken, und zwar gab es

Erythema . .	1	M. —	—	W.
Elephantiasis .	—	»	1	»
Herpes . . .	1	»	—	»
Eczema . . .	8	»	2	»
Impetigo . .	—	»	1	»
Ecthyma . .	1	»	—	»
Lichen . . .	—	»	1	»
Lupus . . .	—	»	2	»
Scabies . . .	2	»	—	»
Furnucalosis .	2	»	1	»
	15	M.	8	W.

V. Das Kalinkinhospital, bekanntlich speciell für Weiber mit Syphilis, venerischen und Hautleiden. Die Hautkranken-Abtheilung ist jedoch sehr beschränkt und im Ueberfüllungsfalle, was sehr oft vorkommt, werden auch in genannte Abtheilung Syphilitische gelegt.

Es wurden aufgenommen.

Krankheitsform	1885	1886	1887	1888	1890
Eczem	43	Die einzelnen Krankheitsformen nicht angegeben	69	116	Die Krankheitsformen nicht angegeben
Herpes tonsurans	11		29	13	
Urticaria	4		—	—	
Pediculosis	25		45	30	
Scabies	9		13	10	
Erythema	5		7	4	
Erysipel	10		9	2	
Psoriasis	12		14	18	
Prurigo	6		4	2	
Herpes	1		5	—	
Pityrias. versicol.	1		2	3	
Favus	5		19	—	
Ichthyosis	4		3	—	
Lupus	7		10	—	
Lichen scrophulos.	1		—	1	
Lepra tuberosa	4		4	—	
» anästhetica	2			—	
Acne scrophulosa	1		1	—	
Pemphigus	6		1	—	
Elephantiasis	1		1	—	
Purpura rheumat.	2		2	2	
Herpes Zoster	—		3	—	
Furunculosis	—		7	21	
Folliculitis	—		4	—	
Variolois	—		1	—	
Acne vulgaris	—		1	36	
Morbilli	—		1	—	
— — — —	—		1	—	
Lichen pilaris	—		1	1	
Pruritus	—		1	—	
Ecchymosis	—		1	—	
Eczema marginat.	—		2	—	

Transport.

Krankheitsform	1885	1886	1887	1888	1890
Verrucae	—		7	—	
Abscessus	—		6	—	
Lymphangoitis	—		1	—	
Pro observatione	—		2	—	
Intertrigo	—		—	—	
Ecthyma	—		—	—	
Sycosis	—		—	—	
Molluscum. sebac.	—		—	—	
	161	283	284	311	343

In Summa in 5 Jahren 1382 Weiber, wobei sich die interessante Thatsache ergiebt, dass die Zahl der Hautkranken stetig wächst.

1885	161
1886	283
1887	284
1888	311
1890	343

und sich in wenigen Jahren verdoppelt hat. Ferner müssen wir auf die Erstaunen erregende geringe Zahl der verpflegten Fälle von Scabies hinweisen, in 3 Jahren nur 32, sowie auf die geringe, zwischen 11—29 schwankende Anzahl an Herpes tonsurans Leidender. Eigenthümlich ist auch die Schwankung für Favus, 1885—5 1887—19, 1890 — kein Fall, wo sind denn in dem betreffenden die Favus-Patientinnen behandelt, wirklich nur ambulatorisch?

VI. Das Hospital in Gross-Ochta. Dasselbe ist speciell für venerische Männer bestimmt und wurde als temporäres Spital zur Aushülfe vor mehr als 10 Jahren eröffnet und ist natürlich mit sämmtlichen Uebelständen «temporärer» Hospitäler behaftet. Es kommen jedoch auch in dieses Hospital alljährlich eine Anzahl Hautkranken, die dann mitten zwischen Patienten mit Syphilis, ulcus molle und Urethritis liegen da keine apparten Zimmer einzuräumen möglich.

Es traten ein mit

Krankheitsform	1885	1886	1887	1888	1890
Eczem	Die Krankheitsform nicht angegeben	Die Krankheitsform nicht angegeben	11	28	12
Psoriasis			6	14	2
Scabies			4	4	7
Lupus			2	4	1
Furunculosis			2	—	—
Herpes Iris			1	—	—
Herpes Zoster			1	1	1
Herpes Tonsurans			1	—	—
Herpes genitalium			—	25	12
Impetigo			1	6	2
Erythema multiforme			1	2	—
Sudamina			1	—	—
Lichen scrophulosorum			1	—	1
Herpes labiorum			—	3	—
Lichen ruber			—	1	—
Acne vulgaris			—	—	1
	50	31	32	88	39

In Summa in 5 Jahren 240 Männer, wobei die bedeutendsten Schwankungen bezüglich der einzelnen Krankheitsformen auffällt, z. B. Psoriasis. Desgleichen sind in 3 Jahren nur 15 Fälle von Scabies und Herpes tonsurans gar nur 1 Fall (!) zur Behandlung gekommen.

VII. Das Alexander-Barackenhospital (zum Andenken an S. P. Botkin) nimmt gewöhnlich nur acute Infectionskrankheiten auf, doch kommen dort alljährlich auch vereinzelt Hautkranke zur Aufnahme, wobei jedoch bemerkenswerth, dass die Zahl derselben stetig steigt und man sie behält, weil die anderen Hospitäler keine Plätze für Hautkranke aufweisen.

	1885		1886		1887		1888		1890	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
Urticaria	2	—	1	1	1	3	—	6	4	6
Morb. Werlh.	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Erythema	—	—	—	—	6	3	1	1	1	3
Peliosis rheumatica	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
	3	1	1	1	7	6	3	7	5	9

In Summa in 5 Jahren 43 Patienten (19 Männer, 24 Weiber), dabei fällt die auffallend vorherrschende Zahl von Urticaria auf.

Zur Uebersicht dieses bescheidenen Materiales geben wir nachfolgende Tabelle:

Die Zahl der in den Stadthospitälern St. Petersburgs verpflegten Kranken überhaupt, sowie speciell der Hautkranken, nach den Berichten 1885—88 und 1890 d. h. pro 5 Jahre.

	1885		1886		1887		1888		1890	
	Allgem. Zahl	Haut-Kranke	Allgem. Zahl	Haut-Kranke	Allgem. Zahl	Haut-Kranke	Allgem. Zahl	Haut-Kranke	Allgem. Zahl	Haut-Kranke
Obuchow-Hospital	11931	27	11812	11	11617	54	13558	73	13580	121
Alexanderhospital z. Andenken 19. Febr. 1861	8113	29	7712	91	7921	33	9541	?	9107	138
Peter-Paulshospital	5020	?	4394	115	4448	4	5270	119	4603	59
Marien-Magdal.-Hospital	*3596	?	3501	?	3254	?	3698	23	3544	8
Kalinkinhospital	4246	161	4264	283	3806	284	3965	311	4493	343
Gross-Ochta-Hospital	2456	50	2628	31	2533	32	2742	88	2617	39
Barackenhospital S. P. Botkin	3733	4	3933	2	4441	13	4365	10	4713	14
Hosp. d. Nicolai d. Wunderthäters	622	—	658	—	694	—	606	—	818	—
S. Panteleimon-Hospital	627	—	155	—	185	—	256	—	205	—
Klein-Ochta-Hospital	143	—	141	—	102	—	60	—	83	—
Alexander-Ausschlags-Hospital	508	—	560	—	512	—	530	—	839	—
	40995	271	39758	533	40513	420	44591	624	44602	722

Aus dieser Tabelle kann man nun Folgendes ersehen:

1) Im Laufe von 5 Jahren wurden in den Stadthospitälern 201,459 Kranke verpflegt, darunter 2570 Hautkranke. Selbstverständlich ist die letzte Zahl in Wirklichkeit eine viel grössere gewesen, wie gross aber, lässt sich nach den offiziellen Daten nicht eruiren, da die Berichte die Hautkrankheiten gar nicht besonders beachtet haben. Man kann nur das sagen, dass die Anzahl der männlichen Hautkranken wohl kaum geringer ist, als diejenige der weiblichen Hautkranken, im Gegentheil, muss man eher annehmen, dass die männliche Bevölkerung häufiger an Hautleiden laborirt, wenn man die Häufigkeit der Hautleiden professionellen Ursprunges berücksichtigt. Indessen kommen nach den Berichten auf 1560 Weiber nur 946 Männer (NB. Bei 64 Patienten ist das Geschlecht nicht angegeben) d. h. es wurden weniger Männer als Weiber in die Hospitäler aufgenommen.

2) Die Zahl der Hautkranken schwankt in den Berichten in sehr auffallender Weise. Dieses weist auf eine sehr ungleiche Art der Zusammenstellung der Berichte oder giebt den Beweis, dass bei der Aufnahme Hautkranker viele Zufälligkeiten mitspielen. Sind zu dieser oder jener Zeit wenig freie Plätze in den Hospitälern, in Folge grossen Zudranges oder Remonte, so wird den Hautkranken eher die Aufnahme versagt, als anderen Kranken.

3) Von grosser Wichtigkeit ist die folgende Zusammenstellung über die Summe der alljährlich Aufgenommenen, im Allgemeinen, wie bezüglich der Hautkranken.

1885	kamen auf	40995	Pat.	271	Hautkr.	(darunt.	75 M.)
1886	»	» 39758	»	533	»	»	215 »
1887	»	» 40513	»	420	»	»	115 »
1888	»	» 44591	»	620	»	»	257 »
1890	»	» 44002	»	722	»	»	284 »

Hieraus ersieht man, dass die Zahl der Aufgenommenen Hautkranken stetig zunimmt, obgleich sie immer noch auffallend gering ist, weniger wie 2 pCt. aller Aufgenommenen beträgt.

Sollte nun die Zahl der Hautkranken in St. Petersburg wirklich eine so geringe sein? Leider fehlen uns Angaben über die Zahl der in den Ambulatorien behandelten Hautkranken und müssen wir uns daher damit begnügen, zur Beantwortung dieser Frage, die Zahlen der officiellen Jahresberichte des Medicinal-Departements des Ministeriums des Innern heranzuziehen, und aus denselben einen Rückschluss auf das Verhältniss der Hautkranken zu erhalten.

Im Bericht des Medicinal-Departements pro 1891 finden sich über 23,684,798 Kranke Angaben bezüglich der Krankheitsform und von diesen sind 2,522,807 d. h. 2½ Millionen Hautkranke, darunter Scabies 1,346,937, Lepra 914 und chronische Hautleiden 1,156,956. In Hospitälern wurden verpflegt 23251 während ausserhalb derselben 2,499,556 behandelt wurden.

Hieraus ergiebt sich, dass 10 pCt. aller Kranken an Hauterkrankungen leiden, folglich müssten in St. Petersburg jährlich ca. 4000 Hautkranke Hospital-Behandlung suchen, wenn wir annehmen, dass jährlich durchschnittlich 40,000 Patienten in den Hospitälern behandelt werden. Thatsächlich kommen aber nur 5—700 jetzt zur Aufnahme.

Man könnte jedoch den Einwand erheben, dass die Departements-Berichte sich vorherrschend auf die Lage der Landbevölkerung beziehen, die sich doch wesentlich von der Residenzbevölkerung unterscheidet. Dagegen lässt sich aber sagen, dass die Zahl der aus den Dörfern als Arbeiter nach Petersburg kommenden doch eine ganz bedeutende ist und dieselben dann aus den Dörfern ihre Hautleiden mitbringen und ausserdem häufig bei der Arbeit professionelle Hautleiden sich zuziehen.

Uebrigens wirft der Bericht des Medicinal-Departements ein Licht auf diese Frage, wenn man die sehr interessanten Zahlen bezüglich der einzelnen Erkrankungsformen berücksichtigt, so z. B. bezüglich der Scabies.

Wir sprachen schon oben unsere Verwunderung über die geringe Anzahl der in den Hospitälern Petersburgs behandelten Fälle von Scabies aus. So wurden ja in 4 Jahren nur 131 Fälle von Scabies in den städtischen Hospitälern behandelt und zwar im Obuchowhospital nur 22 — in 4 Jahren, im Alexanderhospital — 22 (in 4 Jahren), im Peter-Paulhospital — 38 (in 2 Jahren), im Marien-Magdalenenhospital — 2 (in 1 Jahr), im Kalinkinhospital — 32 (in 3 Jahren) und 15 im Ochtahospital (in 2 Jahren). Im Gegensatz hierzu ersieht man aus dem Bericht des Medicinal-Departements pro 1891, dass in St. Petersburg behandelt wurden — 1017 mit Scabies, in Moskau — 3905, in Odessa — 262, in Warschau — 694 und im Gouvernement St. Petersburg — 18333 (davon im St. Petersburger Kreise — 2015, im Zarskoe-Sselo'schen Kreise — 1818, im Peterhofer — 1064, im Schlüsselburger — 344, im Jamburgschen — 518, im Lugaschen — 2390, im Gdowschen — 8945 und im Neu-Ladogaschen — 1039.) Ohne Zweifel sind hier unter der Diagnose Scabies wohl auch verschiedene andere Hautleiden mit untergelaufen, wenn man bedenkt, dass nicht nur die Feldscherer, sondern auch viele Aerzte wenig bekannt sind mit der Differentialdiagnose der Hautkrankheiten, da auf den Universitäten letztere immer noch zu wenig beachtet und gelehrt werden. Jedenfalls geht aber aus den angeführten Daten hervor, dass rund um St. Petersburg herum die Zahl der Hautkranken keine geringe ist, nicht selten suchen dieselben auch Hülfe in der Residenz, wie uns wohlbekannt.

Nicht minder lehrreich ist noch folgende Zahl in dem Medicinal-Departements-Bericht. 1891 wurden im Ganzen — unter 52350 von den Wehrpflichtscommissionen für dienstuntauglich Befundenen — 758 wegen Hautkrankheiten (Favus, Eczeme etc.) zurückgewiesen.

Wenn wir nun das Dargelegte recapituliren, so müssen wir zu der Ueberzeugung kommen, dass Hautkranke nur selten und in grosser Abhängigkeit von Zufälligkeiten zur Hospitalbehandlung gelangen, obgleich die Nothwendigkeit letzterer, namentlich für infectiöse Hautleiden eine durchaus unstreitige ist. Wie oft habe ich es selbst gesehen, dass in den Ambulatorien Patienten mit Scabies ein Jahr lang und noch länger ohne Erfolg behandelt wurden. Das ist aber vollkommen begreiflich, denn nach Anwendung der Medicamente ziehen sie wieder ihre inficirte Wäsche an oder schlafen auf ihrem mit Scabies inficirten Lager. Ganz trostlos ist ferner die Lage der Dienstboten, die an Eczem leiden; sie können nicht arbeiten, verlieren daher ihre Stelle, haben keine Existenzmittel, ins Spital nimmt man sie aber nicht auf, denn, heisst es, diese Krankheit kann ambulatorisch behandelt werden. Und doch zahlen diese Personen alljährlich ihre Hospitalsteuer, haben folglich ein Anrecht auf Hospitalbehandlung.

Auf einer der letzten Sitzungen der russischen dermatologischen Gesellschaft erklärten die an Ambulatorien arbeitenden Aerzte einstimmig, dass den Hautkranken meist die Aufnahme in ein Hospital versagt wird und doch lesen wir im Gegensatz dazu im Bericht der St. Petersburger städtischen Hospitals-Commission pro 1890 auf pag. 38 Folgendes: «Zum Schluss unseres Berichtes müssen wir noch besonders hervorheben, dass im Berichtsjahre, ebenso wie in den vorhergehenden Jahren, seit 1888 keinem einzigen einer Hospitalbehandlung bedürftigen, infectiösen oder nicht infectiösen Kranken die Aufnahme ins Hospital versagt worden ist». (Cursiv des Berichtes).

Diese Worte zeigen deutlich, dass bisher Niemand die Hospital-Commission auf die Hospitalbedürftigkeit der Hautkranken aufmerksam gemacht hat und wir sind überzeugt, dass sobald letzteres geschieht, die Hospital-Commission als Leiterin unseres Hospitalwesens die Möglichkeit finden wird, auch den Hautkranken eine Aufnahmestätte zu schaffen.

Diesen Gesichtspunkt zu vertheidigen — ist der Zweck unserer kleinen Arbeit.

Zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum.

Von
C. v. Samson-Woskresensk.

Trotz der geringen Anzahl der Krankheitsfälle zögere ich nicht, den Collegen das Folgende mitzutheilen.

Sowie im benachbarten Marktflecken, mit welchem die hiesige Bevölkerung im regen Verkehr steht, die Diphtherie ausgebrochen war, verschaffte ich mir durch die Liebenswürdigkeit des für sein reich ausgestattetes Hospital keine Mühen und Opfer scheuenden Besitzers, des Herrn Al. Was. Paschkow, aus dem Petersburger Institut einen Vorrath Serum, und hatte auf die ersten eingeschleppten Fälle nicht lange zu warten.

Bald erschien im Hospital die 13-jährige Tochter des hiesigen Bauern Sedow, welche im besagten Flecken als Magd im Dienst steht, mit ausgesprochener Diphtheria faucium, Auflagerungen auf Tonsillen und Umgebung, Temperaturerhöhung (39,5). Bei ihrer Herrschaft hatte dieselbe Rachenaffection Lähmung der Gaumenmuskeln im Gefolge gehabt, wovon ich mich persönlich überzeugte, so dass ich also zur Feststellung der Diagnose von der bacteriologischen Untersuchung Abstand nehmen konnte. Patientin, am Nachmittag des vorhergehenden Tages erkrankt, wurde sofort isolirt und erhielt Serum von 1000 Einheiten injicirt. Die Pflegerin, sowie die kleinen Kinder der beim Hospital wohnenden Feldscherin erhielten je 330 Einheiten.

Bevor Patientin in's Hospital gekommen, war sie auf eine halbe Stunde bei ihren Eltern im Dorfe Woskresensk abgestiegen. Ich begab mich sofort dorthin um eventuell prophylactische Injectionen zu machen.

Beinahe angelangt sah ich die Frau des Tischlers an mir vorbei in dieselbe Wohnung stürzen und ihren 3-jährigen Sohn, der sich dort befand, ergreifen, um ihn nach Hause zu bringen. Auf die Frage, ob er auch gestern während der Ankunft der Kranken dort gewesen sei und ob sie eine die Krankheit verhütende Einspritzung wünsche, antwortete sie verneinend. Die jüngere Schwester der Erkrankten, welche bei der Begrüssung geküsst worden war, und der kleine Bruder erhielten je 330 Einheiten.

Am anderen Tage fand ich folgendes:

Bei der Kranken war die Temperatur im Lauf der Nacht zur Norm herabgesunken; um Mittagszeit fingen die Auflagerungen ohne jegliche andere Behandlung an sich abzustossen und Pat. fühlte sich den ganzen Tag über völlig gesund.

Um 5 Uhr Abends, genau 24 Stunden nach der Infection, wurde der kleine Tischlersohn in's Hospital gebracht, welcher soeben mit Halsschmerzen und Fieber erkrankt war. Es fand sich bei ihm livide Röthung des Rachens, Schwellung und Temperaturerhöhung (38,3). Die Mutter gestand nun ein, sie habe gestern aus Angst vor der Einspritzung in Abrede gestellt, dass der Knabe von der Kranken ebenfalls geküsst worden sei. Ebenfalls Isolirung und 1000 Einheiten Serum. Gleich darauf brachte der mit dem Tischler die Wohnung theilende Gärtner seine 5 kleinen Kinder zur prophylactischen Injection, welche denn auch je 330 Einheiten erhielten.

Am folgenden Tage war beim zuerst erkrankten Mädchen nur noch etwas Schwellung und Röthung vorhanden; beim Knaben war die Temperatur bis früh morgens auf 39,5 gestiegen, dann aber auf 36,7 rasch abgefallen; Auflagerungen waren bei ihm gar nicht zu Stande gekommen, sondern Schwellung und Röthung sowie Schmerzhaftigkeit waren bis zum Abend geschwunden, sodass, da dasselbe auch beim Mädchen stattfand, dieses am 4. Krankheitstage, der Knabe am 2. Krankheitstage als geheilt betrachtet werden konnte.

Von den übrigen, welche Injectionen erhalten, war trotz der hierzu sehr günstigen Bedingungen, niemand erkrankt.

Nach der Genesung begann ich bei den gewesenen Patienten mit desinficirenden Gurgelungen und entliess sie erst nach einer Woche, nach peinlichster Desinfection sämmtlicher Kleidungsstücke und nach Abwaschung ihrer selbst mit Seife, Spiritus und Sublimat unter gehöriger Vorsicht.

Es ist wohl kaum zu bezweifeln, dass infolge der Injectionen

1) das Mädchen so rasch gesund wurde

2) beim Knaben die typische Diphtherie coupirt und

3) bei den übrigen trotz der nahen Berührung, welche sie zum Theil mit der Erkrankten gehabt, der Ausbruch der Erkrankung verhütet wurde.

Obwohl, wie gesagt, das Material sehr gering ist, hat das soeben Mitgetheilte, denke ich, dennoch einiges Interesse, denn es ist meines Wissens die erste Mittheilung einer im Entstehen durch Serum unterdrückten Epidemie, und zeigt sehr drastisch den Nutzen prophylactischer Injectionen, indem der einzige nicht injicirte richtig erkrankte.

Freilich sind die Fälle nicht bacteriologisch als Diphtherie bewiesen, und ob der Knabe ohne Injection an typischer Diphtherie erkrankt wäre, kann man nicht wissen. Jedoch die Lähmung von Gaumenmuskeln am Ansteckungsheerde und die Anamnese beim Knaben sprechen wohl so sehr für wahre Diphtherie, dass ein Zweifel geradezu unerlaubt wäre.

Wenn diese Mittheilung unter ähnlichen Verhältnissen lebende Collegen dazu bewegt, sich zeitig mit Serum zu versorgen, hat sie einen Hauptzweck erreicht.

Fabrikshospital zu Woskresensk, 23. Juli 1895.

Referate.

Prof. Dr. R. Deutschmann (Hamburg). Ueber ein neues Heilverfahren bei Netzhautablösung. (Beiträge zur Augenheilkunde, herausgegeben von Deutschmann. Heft XX.)

Die einfache sog. «spontane» Netzhautablösung, welche ohne nachweisbare Ursache, vorwiegend in myopischen Augen, auftritt, muss leider bis jetzt als ein unheilbares Leiden angesehen werden. Von den vielen gegen dasselbe vorgeschlagenen therapeutischen und operativen Heilmethoden hat keine sich bewährt: weder der Druckverband noch die Schwitzcur, weder die Scleralpunction, noch auch die intraoculäre Jodinjection. Wohl wendet man diese und andere Verfahren immer wieder an, um angesichts der traurigen Prognose nichts unversucht zu lassen — aber keines von ihnen giebt uns einige sichere Aussicht auf Erfolg. Wo einmal eine Besserung oder gar Heilung erzielt wird, da ist nicht zu vergessen, dass in seltenen Ausnahmefällen auch Spontanheilungen beobachtet worden sind.

Deutschmann's Verfahren fusst auf der Leber-Nordenson'schen Theorie von der Entstehung der spontanen Netzhautablösung. Danach ist der Hergang folgender: fibrilläre Degeneration und Schrumpfung des klaren Glaskörpers, Ansammlung von Flüssigkeit zwischen Glaskörper und Netzhaut (praeretinal); Zug des schrumpfenden Glaskörpers an der Netzhaut, Ablösung der letzteren von der Aderhaut entweder durch Einreissen in der Peripherie und Hineingelangen der praeretinalen Flüssigkeit hinter die Netzhaut (plötzliche Entstehung einer flottirenden Ablösung), oder auch ohne Einriss, durch den Zug allein, mit Ansammlung von Flüssigkeit hinter der Netzhaut (subretinal) ex vacuo (allmähliche Entstehung, kein Flottiren).

Für einen operativen Eingriff ergeben sich hieraus die folgenden Aufgaben.

1) die subretinale Flüssigkeit zu entleeren.

2) die Netzhaut möglichst zweimal, an zwei verschiedenen Stellen, einzuschneiden,

3) etwaige Glaskörperstränge, die die Netzhaut halten, zu durchtrennen,

4) die präretinale Flüssigkeit gleichfalls ausströmen zu lassen, und so also

5) durch die Durchtrennung von haltenden Glaskörpersträngen die Netzhaut frei zu bekommen, durch den Druck der ausströmenden präretinalen Flüssigkeit sie an die Chorioidea anlegen zu lassen, die Anlegung durch Schaffung mehrerer Rissstellen zu erleichtern und durch die dabei auftretende Blutung eine Verklebung zwischen der Netzhaut und der Aderhaut herzustellen, nachdem auch die subretinale Flüssigkeit entleert worden ist.

Um alles dieses zu erreichen, führte Deutschmann die «Netzhautglaskörperdurchschneidung» aus; ein zweischneidiges, sehr scharfes Linearmesser wird so peripher als möglich, mit Verschiebung der Bindehaut, um den Einstich subconjunctival zu haben, an der der Netzhautablösung entsprechenden Stelle durch Sclera, Chlorioidea und Retina in den Glaskörperraum eingestossen, quer durch diesen bis zur gegenüberliegenden Bulbuswand vorgeschoben und dann unter leichten, im Glaskörper nach beiden Seiten schneidenden Bewegungen wieder zurückgezogen. Nachdem Verfasser diesen Eingriff in 5 Fällen (combinirt mit der auch von anderer Seite empfohlenen Paquelinperforation der Sclera) versucht und dabei eine vorübergehende günstige Wirkung gesehen, führte er in 6 weiteren Fällen mehrfach wiederholte Netzhautglaskörperdurchschneidungen (ohne Paquelinperforation) aus. Gleichzeitige subconjunctivale Sublimatinjection wurde einige Male versucht aber bald fortgelassen, weil sie eher schädlich als nützlich zu sein schien. Wie aus den ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten zu ersehen, ergab nun die oft wiederholte Netzhautglaskörperdurchschneidung sehr erfreuliche Resultate: Wiederanlegung der abgelösten Netzhaut mit bedeutender Besserung des Sehvermögens (der centralen Sehschärfe wie auch des Gesichtsfeldes.) Bei manchen der so Operirten ist der Erfolg bis zum Zeitpunct der Publication, d. h. im Verlaufe von mehr als zwei Jahren, unverändert erhalten geblieben. Bei anderen aber war die Besserung nur vorübergehend. Da solche

Augen sonst unrettbar verloren waren, entschloss Verf. sich zu einem weiteren complicirteren Eingriff. Es galt nicht nur, die Wiederanlegung der Netzhaut zu ermöglichen, sondern auch die wieder angelegte Netzhaut in dieser Lage zu erhalten. Dies konnte nur durch den Seitendruck einer in den Glaskörperraum gebrachten Flüssigkeit erreicht werden, und zwar unter folgenden Bedingungen:

1) die im Bulbus frei circulirende (præretinale und subretinale) Flüssigkeit musste abgelassen werden;

2) der præretinale Raum musste mit einer Flüssigkeit angefüllt werden, die, nachdem die Retina durch den Strom der abfliessenden Masse der Aderhaut möglichst genähert war, sie weiter an die letztere andrückte;

3) durch die Möglichkeit längeren Verweilens im Bulbus sie auch einige Zeit angedrückt hielt;

4) durch Erregung schwacher entzündlicher Vorgänge zunächst zu einer Verklebung, späterhin zu einer Verwachsung von Netzhaut und Aderhaut führte;

5) dabei doch nicht so different war, dass sie direct schädigend auf die Elemente der Netzhaut, resp. des Uvealtractus einwirkte;

6) vollständig aseptisch war, resp. aseptisch herzustellen war, ohne etwa dadurch an Wirksamkeit einzubüssen.

Allen diesen Anforderungen genügt am meisten der natürliche Glaskörper. Die von Deutschmann ausgeführte Kaninchen-Glaskörpertransplantation oder -injection» besteht nun darin, dass Glaskörper, einem frisch enucleirten Kaninchenauge unter streng aseptischen Cautelen entnommen und mit sterilisirter physiolog. Kochsalzlösung angerührt, mittels einer durch die Sclera gestossenen Pravaz'schen Spritze (ca. 1½ Theilstriche) in den Glaskörperraum injicirt wird, während die im letzteren angesammelte Flüssigkeit durch einen Scleralschnitt abfliesst. Die Details des recht complicirten Eingriffes wie auch die nach demselben eintretenden Veränderungen am operirten Auge und am injicirten Glaskörper sind im Original nachzulesen. In den auf die Operation folgenden Tagen werden regelmässig leichte entzündliche Erscheinungen am Uvealtractus beobachtet, der injicirte Glaskörper senkt sich zu Boden und ist noch längere Zeit als flockige umschriebene Masse — manchmal einem Glaskörperabscess ähnlich — im Augeninnern wahrzunehmen. In 6 ausführlich mitgetheilten Fällen, darunter einige verzweifelte von fast totaler, veralteter Netzhautablösung mit fast vollständig geschwundener Lichtempfindung, wurde mit diesem Verfahren eine dauernde Wiederanlegung der Netzhaut mit Wiederherstellung eines gewissen, wenn auch sehr bescheidenen, Sehvermögens erzielt. Dieses in Anbetracht des sonst ganz aussichtslosen Zustandes der Augen immerhin sehr beachtenswerthe Resultat hat sich bis zum Zeitpuncte der Publication, im Verlaufe mehrerer Monate, selbst eines ganzen Jahres und darüber, unverändert erhalten, einige Mal sogar im Laufe dieser Zeit noch weiter gebessert.

Deutschmann's Verfahren, die «Netzhaut-Glaskörperdurchschneidung» sowohl wie die «Kaninchen-Glaskörpertransplantation» sind unstreitig rationell und theoretisch richtig begründet. Inwieweit sie sich practisch in einer grösseren Zahl von Fällen bewähren werden, wird die Zukunft lehren. Jedenfalls fordern die von D. in seinen wenigen Fällen erzielten Resultate dringend zu weiteren Versuchen auf, umsomehr, als wir mit unseren bisherigen Heilmethoden dem traurigen Leiden der Netzhautablösung noch machtlos gegenüberstehen.

Blessig.

R. Olshausen. «Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus.» Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII. Heft I.

M. Graefe. «Ueber die Behandlung (insbesondere die operative) der Rückwärtslagerung der Gebärmutter.» Samml. klin. Vort. v. Volkmann. N. F. № 125.

O. tritt entschieden gegen die Ansicht Scanzoni's auf, dass die Lageanomalie des Uterus an sich keine Beschwerden bedinge. O. ist der Meinung, dass dieses Leiden ebenso wie zahllose andere Krankheitszustände oft dauernd symptomlos bleiben kann, während es in anderen Fällen erhebliche Beschwerden verursacht. «Eine uncomplicirte Retroflexio muss, auch bei Abwesenheit von Symptomen um so mehr ein Object der Behandlung sein, je weiter die Trägerin noch vom Klimakterium entfernt ist und je frischer die Lageanomalie oder ihr letztes Recidiv ist.» Die Retrodeviationen können ihrer Aetiologie nach folgender Massen gruppirt werden.

1) Fälle puerperalen Ursprunges ohne Complicationen können in der Regel nur mit Pessaren behandelt, oder vaginofixirt werden. Ueber die Resultate, besonders die Dauererfolge der Vaginofixation, fällt O. noch kein endgiltiges Urtheil. Die Behandlung mit dem Pessare von Thomas sichert in sehr vielen Fällen nicht nur die Lage des Organes, sondern führt auch zu dauernder Heilung. 2) Fälle ohne Complicationen bei virginellem Uterus (Flexio gering, Versio ausgeprägt) sind vorzugsweise mit Vaginofixation zu behandeln, weil eine Radicalheilung durch Pessarbehandlung nur selten erzielt wird. 3) Retroversionen des virginellen Uterus in Folge von Verkürzung der vorderen Scheidenwand eignen sich ausschliesslich für chirurgische Eingriffe. 4) In Fällen mit evidenten Krankheiten der Adnexa (Hydro-Pyosalpinx) wird die Laparotomie und Salpingo-Oophorectomie einer oder beider Seiten den besten Erfolg versprechen. Da der Uterus nach einem derartigen doppelseitigen Eingriff schnell zu atrophiren pflegt, ist eine Ventrofixation überflüssig. 5) Die wichtigste Gruppe bilden die Fälle in welchem die Adnexa normal, oder wenigstens nicht in Tumoren verwandelt sind, der Uterus aber durch abnorme Verbindungen in der Retroversionsstellung fixirt ist. Hier ist Massage, B. Schultze's Verfahren und die Ventrofixation in Anwendung zu ziehen, wobei streng individualisirend vorgegangen werden muss. Schultze's Verfahren passt nur für Fälle, in welchen es sich um peritoneale Adhaesionen handelt und auch dann nur, wenn der ganze Douglas noch nicht durch feste und breite peritoneale Membranen überbrückt ist. Mit Massage ist in letzteren Fällen auch nicht viel zu erzielen. Bedingen dagegen extraperitoneale Exsudate die Fixation, so kann die Massage zuweilen gute Dienste leisten, nur müssen Tubenerkrankungen und entzündliche Reizzustände mit Sicherheit ausgeschlossen werden können. Im Ganzen weist O. der Massage ein weit geringeres Feld an, als es von der Mehrzahl der Aerzte jetzt geschieht.

Die Ventrofixation, welche nicht nur in diesen Fällen, sondern auch in solchen von mobilem, mit anderen Methoden erfolglos behandelten Uterus Anwendung findet, ist ein Verfahren, welches verschiedene demselben von Manchen zur Last gelegte Nachtheile nicht besitzt, wenn nicht der Uterus selbst (Leopold, Czerny) sondern nur die lig. rotund. jeder Seite an die Bauchdecken fixirt werden; (wie es anfänglich von O. vorgeschlagen wurde).

Wie aus der beigefügten Tabelle über 23 Fälle reiner Ventrofixation (d. h. solcher wo nur der Retrodeviation, nicht der Adnexerkrankungen wegen laparotomirt wurde) ersichtlich war der erzielte Erfolg ein durchaus befriedigender.

Graefe ist im Allgemeinen gegen eine örtliche Behandlung virgineller Retroflexionen. Eine rationelle, nicht nur in Verabreichung von Eisenpräparaten bestehende Allgemeinbehandlung, Regelung des Stuhles etc. führt meist, trotz der Lageveränderung, zum Schwinden der Beschwerden. Der Pessarbehandlung und der Massage steckt G. weitere Grenzen als O.

In Fällen mobiler Retroflexio Nulliparer ist G. für die Alexander-Adam'sche Operation. Ist die Scheide weit, oder womöglich ein Prolaps der Vagina vorhanden, so giebt G. der vaginalen Fixation den Vorzug.

Führt Massage bei fixirter Retroflexio nicht zum Ziele, oder gelingt es nicht nach gewaltsamer Zerreissung der Verwachsungen (Schultze) die Gebärmutter richtig zu lagern, so muss durch Laparotomie die Mobilisation des Uterus bewerkstelligt und das Organ ventrofixirt werden. Dieser Weg ist sofort zu wählen, wenn die Retroflexio, gleichviel ob beweglich oder fixirt, durch ovarielle oder tubare Tumoren complicirt ist.

Dobbert.

A. Mackenrodt. «Zur Technik der Totalexstirpation bei Carcinom.» (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII. Heft 2.)

Derselbe. «Die Igniexstirpation des Uterus bei Carcinom.» (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. — Ergänzungsheft v. 15. Juli 1895).

E. Ries. «Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms.» (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII H. 2).

In oben genanntem in der Gesellschaft für Geb. u. Gyn. zu Berlin am 11. Januar gehaltenen Vortrage, beleuchtet Mackenrodt die Endresultate der operativen Behandlung des Uteruscarcinoms. Die Statistik lehrt, dass von 100 operirten Pat. 9,2% sterben; von den übrig bleibenden 91,8 bekommen ein Recidiv 82,4% und nur 23,3% werden dauernd, über 4—5 Jahren hinaus geheilt. Dieses traurige Ergebniss hat M. und eine Anzahl maassgebender Operateure veranlasst in allen schwierigen Fällen auf die vaginale Methode zu Gunsten der abdominellen Entfernung des Uterus zu verzichten. Dieser bedeutende Eingriff muss jedoch nur auf schwierige und complicirte Fälle beschränkt bleiben und unser Streben muss darauf gerichtet sein durch Vervollkommnung der vaginalen Methode den Procentsatz der Recidive bedeutend herabzudrücken. Die Richelot'sche Forcipressur, welche neuerdings von einigen Operateuren so sehr gerühmt wird, hält M. aus einigen näher ausgeführten, die Technik betreffenden Gründen für absolut ungeeignet zur günstigeren Gestaltung der Operations

resultate. M. verspricht sich nicht nur ein radicaleres Operiren, sondern vor Allem die Ausschaltung jeder Möglichkeit der Impfinfection von einem Verfahren, nach welchem es gelänge die ganze Operation mit dem Glüheisen auszuführen und die gesammte zurückbleibende Wundfläche mit einem Brandschorfe zu versehen.

In der Discussion über diesen Vortrag sprachen sich Operateure wie Ohlshausen und Martin entschieden zu Gunsten der Operation mit dem Glüheisen aus, was M. die Veranlassung gab in dieser Richtung weiter zu arbeiten. In der Abhandlung «die Igniexstirpation des Uterus» tritt M. mit dieser von ihm ausgebildeten Methode an die Oeffentlichkeit. Die Operation welche ohne Anwendung von Messer oder Scheere, ohne Ligatur und Dauerklemme ausgeführt wird gestaltet sich folgendermassen:

Nachdem die port. vaginalis mit 2—3 Kugelzangen gefasst und möglichst hervorgezogen ist, wird zunächst mit dem Paquelin die hintere Scheidenwand weit ab vom collum abgetrennt und dabei der Douglas eröffnet. Dann wird die seitliche, endlich die vordere Scheidenwand bis auf das Collum vom Uterus abgetrennt. Mit dem Daumen der linken Hand wird nun ein Druck auf die vordere Scheidenwand ausgeübt um die Verbindungen zwischen Blase und Uterus anzuspannen welche gleichfalls mit dem Glüheisen, welches nach Art eines Messers gehandhabt wird, durchtrennt wird. Nunmehr wird das blosliegende lig. latum mit einer Klemme (Schaufelklemme Mackenrodt's), deren untere Branche unter Leitung des Fingers durch den Douglas eingeführt wird und deren obere Branche auf der Oberfläche des Ligamentes zu liegen kommt, abgeklemmt und mit dem Paquelin durchtrennt. Der Uterus wird darauf nach der anderen Seite gedreht und der Stumpf bei Rothglühhitze langsam verkohlt. Nachdem das Ligament der anderen Seite in gleicher Weise versorgt ist, werden die Zangen von den Stümpfen abgenommen. Blutet es wider Erwarten noch aus einem Gefässe, so fasst man dasselbe und verschorft es wieder.

In der beschriebenen Weise arbeitet man sich successive immer weiter hinauf, bis der Uterus vollständig gelöst ist und entfernt werden kann. In die Peritonealöffnung wird Jodoformgaze gelegt. Sitzen Metastasen in den oberen Partien des Ligamentes, so räth M. mit der vaginalen Operation zu beginnen bis sich Schwierigkeiten einstellen und dann erst zu laparotomiren und die Operation von oben her zu vollenden. M. hat 6 Fälle nach dieser Methode mit gutem Erfolge operirt und hält die Technik derselben für durchaus leicht und einfach. Nebenverletzungen sind ausgeschlossen.

Wie die Recidive, welche durchaus nicht immer «Impfrecidive» sind, lehren, können, selbst nach totaler Entfernung des Uterus mit seinen Anhängen und dem lig. latum dennoch Krebsnester zurückbleiben. Ries zieht aus der Thatsache, dass selbst bei freien Parametrien die Iliacaldrüsen erkrankt gefunden wurden, ferner aus der Analogie mit Carcinomen anderer Körpertheile den Schluss, dass bei krebsiger Erkrankung der Uterus die Drüsen viel häufiger als wir vermuthen, mitergriffen werden. R. hält daher die Entfernung der Drüsen für einen nothwendigen Bestandtheil der totalen Exstirpation eines Uteruscarcinoms. Der Uterus kann vaginal, sacral oder abdominal exstirpirt werden; zum Schlusse wird die Laparatomie (bei nicht abdomineller Entfernung) zur Exstirpation der Iliacaldrüsen ausgeführt. (Spaltung des Peritoneums an der hinteren Beckenwand in der Gegend der fühlbaren Theilung der art. iliaca communis in der Ausdehnung von ca. 6 Cm., Ausräumung des Fettbindegewebes mit den Drüsen. Naht des Peritoneum hier und unten über dem Beckenboden.)

Dobbert.

Zuschrift an die Redaction.

Lindheim (in Livland),
pr. Werro und Romeskaln.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Ich ersuche Sie höflichst, die folgenden Zeilen in Ihrem geschätzten Blatte veröffentlichen zu wollen.

Da ich jetzt beim Herannahen der rauhen Jahreszeit mehrfach Anfragen in Betreff meiner Pension für Lungenkranke erhalte, will ich es nicht unterlassen, den Herren Collegen meine werdende Anstalt in Erinnerung zu bringen und bei der Gelegenheit die für die bevorstehende Wintersaison etwas modificirten Aufnahmebedingungen mitzutheilen.

In Anbetracht der gesunden und äusserst geschützten Lage Lindheims (cf. Petersburger med. Wochenschr. Nr. 12 1895), vor Allem aber im Hinblick auf das mir zur Verfügung stehende Haus, welches in jeder Beziehung den Unbilden unseres nordischen Winters Trotz zu bieten im Stande ist, hoffe ich in der Lage zu sein, meinen Pensionären auch im Winter diejenigen Lebensbedingungen bieten zu können, welche zur rationellen Behandlung der Lungentuberculose durchaus nothwendig sind.

Im Ganzen habe ich jetzt 16 Betten, von denen 8 in Einzelzimmern und je 4 in den 2 grossen Schlafsälen der früheren Anstalt placirt werden. Da ich erkannt habe, dass ein Patient, der fiebert und bacillenhaltiges Sputum producirt, eo ipso isolirt werden muss, auch wenn er nur den geringeren Pensionspreis entrichtet, so habe ich beschlossen, einen einheitlichen Preis für alle Patienten zu fixiren.

Die Aufnahme-Bedingungen sind also einstweilen folgende.

Für volle Beköstigung, Verpflegung (incl. Wäsche) und ärztliche Behandlung sind monatlich 50 Rbl. S. pränumerando zu zahlen (Fahrten, Cognac, Wein und theure Medicamente sind extra zu bezahlen.)

Bettwäsche, Bettdecke, Kopfkissen und Handtücher haben die Pensionäre selbst mitzubringen. Um eine, wenn auch nur partielle Freiluftcur auch im Winter durchführen zu können, muss jeder Patient — abgesehen von einer der Jahreszeit entsprechenden Garderobe und wollener (Jäger'scher) Wäsche, — einen tüchtigen Pelz, eine Pelzmütze und bis zum Knie reichende Filzstiefel mitbringen. Dr. Dettweilers «Taschenfläschchen für Hustende», sowie ein Maximalthermometer muss jeder Kranke besitzen; nöthigenfalls vermittle ich die Anschaffung der genannten Gegenstände.

Zum Schluss möchte ich nicht unerwähnt lassen, dass ich an einer nach Norden, Osten und Westen vollständig geschützten Stelle eine nach Süden allein offene Veranda (zwischen dem alten und neuen Hause) habe errichten lassen, die von einigen Patienten sehr wohl wird als «Liegehalle» benutzt werden können.

Auf dem bevorstehenden VII. Livländischen Aerztetage hoffe ich Gelegenheit zu finden, den Herren Collegen mit einigen Worten über meine bisherige Thätigkeit in Lindheim, sowie über das Befinden meiner bisherigen Patienten zu berichten.

Mit collegialem Gruss
Ihr ergebener
Armin Treu,
Dr. med.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. August d. J. 6266 (17 mehr als in d. Vorw.), darunter 570 Typhus — (27 mehr), 728 Syphilis — (5 wenig.), 71 Scharlach — (7 mehr), 38 Diphtherie — (9 mehr), 17 Masern — (6 wenig.), und 2 Pockenkranke — (4 wen.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis 25. August 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
294	239	533	128	35	78	16	4	21	51	47	37	41	42	23	8	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 2, Scharlach 10, Diphtherie 14, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 2, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 62, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 89, Todtgeborene 29.

Der Heilwerth der Mattoni'schen Moorextracte. Indicirt sind Bäder mit Zusatz von Mattoni's Moorextracten in allen jenen, leider vielen **Frauenkrankheiten**, wo Moorschlammbäder überhaupt indicirt sind, insbesondere auch bei: **Metritis, Endometritis, Oophoritis, Para- und Perimetritis, Peritonitis, Anämie, Chlorose, Scrophulosis, Rachitis,** ferner bei **Resorption von Exsudaten, Fluor albus, bei Disposition zum Abortus, partiellen Paralysen, Paresen,** dann bei **Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Hämorrhoiden.** Schon nach den ersten Bädern nehmen die Patienten den wohlthätigen Einfluss derselben wahr, das Allgemeinbefinden und Aussehen bessert sich erheblich und eine frohe Laune beherrscht sie, denn sie sehen ihrer sicheren Besserung und vollständigen Heilung entgegen. So besitzen wir denn in Mattoni's Moorextracten einen **Heilschatz von unschätzbarem Werthe,** der sich immer mehr Bahn bricht und den weitesten Kreisen ermöglicht, die so wohlthätigen und heilkräftigen Bäder im Hause und jederzeit ohne grosse Kosten zu bereiten.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.
Frau Has[illegible]fuss, Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9,
PaulineGebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб. 26 Августа 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, 2. (14.) September **1895**

Inhalt: Dr. Graebner: Cannes — eine maritime Winterstation für Kinder. — **Referate:** L. Bach: Bacteriolog. Untersuchungen über d. Aetiologie d. Keratitis et Conjunctivitis ekzematosa nebst Bemerkungen zur Eintheilung, Aetiologie und Prognose der Hornhautgeschwüre. — A. Marti: Ueber subconjunctivale Kochsalzinjektionen und ihre therapeutische Wirkung bei destructiven Hornhautprocessen. E. Schulte: Die therapeutischen Erfolge der subconjunctivalen Sublimat-Injektionen. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Siebenter Aerztetag der «Gesellschaft livländischer Aerzte» in Wenden vom 14.—16. September 1895. Programm. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden am 14., 15. und 16. September** dieses Jahres abgehalten werden.

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen können nicht mehr Berücksichtigung finden, da das Programm definitiv fixirt ist und die Tagesordnung keinen Raum mehr für Vorträge bietet.

Im Namen des Vorstandes
d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Cannes — eine maritime Winterstation für Kinder.

Von

Dr. Graebner.

Bei den im zweiten Kindesalter relativ zahlreichen tuberculösen und scrophulösen Knochen-, Gelenk- und Drüsenaffectionen schränkt bekanntlich die moderne Chirurgie die Indicationen zu operativem Eingreifen immer mehr und mehr ein.

An Stelle der localen, chirurgischen Behandlung tritt ein auf Besserung der Constitution gerichtetes Allgemeinverfahren, besonders das Seebad und der Aufenthalt an der Seeküste. Um den Genuss des Seebades und der Seeluft auch Unbemittelten zu ermöglichen, entstanden in letzter Zeit zahlreiche Seestationen. Einige derselben, wie z. B. die italienischen Sanatorien der Gesellschaft opera pii dei rachitici empfangen ihre Pfleglinge nur im Sommer und auf einige Wochen, andere sind das ganze Jahr über geöffnet. Dazu gehören die Sanatorien in Margate, Norderney, Berc sur mer, Hyères und die von der Gesellschaft «Oeuvre nationale des Hopitaux marins pour les enfants lymphatiques et scrophuleux» unterhaltenen Anstalten in Banyuls sur mer, Ile d'Oleron und Pen Bron.

Am Ufer des atlantischen Oceans und der Nordsee gestattet jedoch das Klima den Genuss der frischen Luft im Winter nur in beschränktem Maasse und ein Baden im Meere ist in dieser Jahreszeit natürlich undenkbar.

Aus den Berichten der Sanatorien, besonders dem von Banyuls sur mer geht hervor, dass die schweren Gelenk- und Knochenaffectionen einer längeren Curzeit zur Heilung bedürfen. 110 derartige Fälle ergaben in 59 pCt. Heilung, dazu bedurfte es jedoch einen Aufenthalt von durchschnittlich 15 Monaten.

Bei kürzerer Curzeit wurde meist nur Besserung erzielt und wie bekannt, ist eine Besserung solcher Leiden bei Rückkehr zur früheren, gewohnten Lebensweise in der Mehrzahl der Fälle von kurzer Dauer.

Angesichts dieser Verhältnisse sind die Resultate, welche in dem Asyl von Ch. Dolfus in Cannes erzielt werden, von besonderem Interesse. Diese Anstalt ist im Jahre 1881 gemeinsam von einem reichen Grossindustriellen in Mühlhausen in Elsass Ch. Dolfus und einer Genfer Wohlthätigkeitsanstalt gegründet worden. Alljährlich Anfang October sendet das Genfer Comité seine Pfleglinge unter der Aufsicht einiger Schwestern des evangelischen Hauses du St. Loup in Genf nach Cannes, an die Riviera; die Pensionäre werden von dem Comitémitgliede Professor D'Espine vor der Abreise und nach der Rückkehr im Sommer untersucht. Es werden Kinder armer Eltern jeder Nationalität im Alter von 4—14 Jahren aufgenommen. — Den Genfer Pfleglingen gesellen sich andere aus Mühlhausen in Elsass, von der Familie Dolfus gesandte hinzu und in letzter Zeit kamen auch Pensionäre aus Paris, deren Unterhalt von privater Wohlthätigkeit und der Pariser assistance publique bestritten wurde. Im Ganzen können gleichzeitig ca. 3 Pensionäre beherbergt werden. Die Anstalt besitzt ein eigenes 3-stöckiges Haus, dicht am Meeresufer, im Westen der Stadt, mit Spielplatz und Schutzdach, unter welchem die Kinder bei schlechtem Wetter speisen, spielen etc. Bei gutem Wetter halten sie sich meist am nahe gelegenen Meeresufer auf. Den ganzen Winter baden alle Pensionäre im Meere mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage; sie halten sich nur Nachts im Hause auf. Alle Fenster des Hauses sind den ganzen Tag über offen. Es existiren im Hause keine Oefen, nur ein Ka-

min im Gastzimmer. Die Klappfenstern sind in den Schlafzimmern Nachts stets offen. Mit einem Wort, es wird in dem Asyl Dolfus ein Regime durchgeführt, wie es in manchen nördlicher gelegenen Sanatorien nicht einmal im Sommer existirt.

„Dabei kamen in den 13 Jahren des Bestehens der Anstalt nie Erkältungskrankheiten in Folge des Seebades vor. Im letzten Winter, der sich durch seine ungewöhnliche Strenge auszeichnete, musste das Seebad 8 Tage lang wegen anhaltender Stürme ausgesetzt werden. Nur in dieser Zwischenzeit und zwar nicht früher als 1—2 Tage nach dem Aussetzen des Bades kamen einige leichte Bronchitiden und 1 Fall von Laryngitis vor. Die Kinder vertragen das Bad und den Aufenthalt im Freien bei relativ niedriger Temperatur ausgezeichnet, sie schlafen ungestört in den ungeheizten Zimmern und klagen nicht über Kälte, baden sich mit Vergnügen, und die Reaction nach dem Bade tritt prompt und energisch ein.

Der Kräftezustand, das Körpergewicht, der Appetit nahmen schnell zu, die apathischen, schwächlichen Kinder werden munter und kräftig und erhalten ein blühendes Aussehen. Dagegen tritt die Besserung des Localleidens bedeutend später auf.

Nach einem Rechenschaftsbericht vom Jahre 1893 waren bis dahin in der Anstalt 296 Pensionäre aufgenommen worden. Die erste Gruppe der Pensionäre trifft gewöhnlich im October in Cannes ein und beginnt sofort die Cur. Im Januar wird ein Theil der Pensionäre zurückgesandt, um neuen Ankömmlingen Platz zu machen die bis Ende Mai in Cannes blieben, so dass die Curdauer durchschnittlich 5½ Monate (von 2—8 Monaten) währt. Von den oben genannten 296 Pensionären wurden gesund 50 pCt., wesentlich gebessert 32 pCt., gebessert 10 pCt. entlassen. Bei 5 pCt. fand keine Aenderung im Zustande statt und 3 pCt. starben. 46 pCt. der Kinder litten an Tuberculose der Knochen und Gelenke, 14 pCt an Caries der Knochen der Extremitäten, 32 pCt. an Scrophulose, 4 pCt. an Rhachitis, 4 pCt. an Anämie und allg. Schwäche.

Aus den drei letzten Jahresberichten (1892—1894) geht hervor, dass von 192 Kindern, die in dieser Zeit Aufnahme fanden 80 (= 42 pCt.) an Knochen- und Gelenkaffectionen litten, 31 (= 30 pCt.) derselben wurden geheilt entlassen, wozu es einer. Curzeit von durchschnittlich 6 Monaten bedurfte. Vergleicht man diese Zahlen mit denjenigen betreffs Banyuls sur mer, so ergiebt sich, dass in Cannes die Fälle schwerer Knochen- und Gelenkaffectionen relativ zahlreicher sind, und wenn auch die Heilerfolge in Banyuls zahlreicher sind, so ist das nur der viel längeren Curzeit (15 Monate) zuzuschreiben. In Cannes tritt die Heilung relativ schneller ein, und die Zahl derselben würde gewiss der in Banyuls erreichten nicht nachstehen, wenn nicht das Genfer Comité in der Absicht, möglichst viele Candidaten an den Vortheilen einer Cur in Cannes theilnehmen zu lassen, die Curzeit übermässig abkürzte. Letzterer Uebelstand machte sich besonders in der letzten Saison bemerkbar, in welcher ich Dank der Freundlichkeit des Anstaltsarztes Dr. Dieterlen Gelegenheit hatte den Gang der Cur zu verfolgen und die Pensionäre zu untersuchen. Den sonst üblichen 2 Sendungen der Pfleglinge im October, zum Beginn der Wintersaison und im Januar, fügte man eine dritte Ende Mai hinzu. Von den Kindern, die laut Ordre aus Genf ihre Cur Ende Mai unterbrechen mussten und nach Hause zurückkehrten, waren viele nicht vollkommen geheilt, und die durchweg leichten Fälle von Anämie und Scrophulose der dritten Sendung, die im Anfang Juni die Cur begannen und bis Ende Juni fortsetzten, haben Vortheile erzielt, die gewiss nicht die Nachtheile der Unterbrechung der Cur ihrer Vorgänger aufwogen.

Von den 40 Kindern der beiden ersten Sendungen brachten 22 die Zeit vom 20. October bis Ende Mai im Asyl zu, also etwas über 7 Monate, die übrigen waren durchschnittlich nur 3½—4 Monate in der Anstalt. In 20 Fällen wurde beim Abgang vollkommene Genesung notirt, in 17 Besserung, in 2 Fällen keine Aenderung und in einem Falle Verschlimmerung des Zustandes. Der letztere betraf eine für das Seebad ganz ungeeignete Lymphadenitis, die wohl in Folge diagnostischen Irrthums als Scrophulose nach Cannes gesandt worden war. Die Fälle, in denen nur Besserung erzielt worden war, bezogen sich hauptsächlich auf die zu früh, schon nach 3 Monaten zurückgesandten Pensionäre.

Im Folgenden erlaube ich mir, meine Notizen über einige Pfleglinge des letzten Winters zur Illustration der in Cannes erreichten Erfolge mitzutheilen.

1) Tailor, Mädchen, 15 Jahre. Ankunft in Cannes 20. October: Gewicht 37,8 Klg. Länge 1,47. Stat.: anaemisches Subject mit typisch scrophulösem Habitus und heruntergekommenem Ernährungszustand; auf der Stirn, der rechten Schläfengegend und dem Scheitelbein 5 grosse scrophulöse Geschwüre mit Caries der drunterliegenden Knochen. Patientin badete 159 mal. In der ersten Zeit wurde die Eiterung, wie in allen ähnlichen Fällen abundanter, es wurden mit dem Eiter spontan necrotische Knochenpartikel entleert, dann begannen die Geschwüre sich zu reinigen und zu vernarben. Bei Unterbrechung der Cur am 30. Mai waren alle Geschwüre bis auf eins, das noch wenig secernirte vernarbt. Der Allgemeinzustand war bedeutend gebessert, das Gewicht hatte um 6,5 Klg. zugenommen.

2) Ligobel, 13 J. K. Ankunft 30. October, Gewicht 31,3 Klg. Länge 1,34 m. Coxitis dextr. sine suppurat. Patient lag lange früher im Extensionsverband in mehreren Hospitälern, geht gegenwärtig nur mit Hülfe von Krücken, hält das Kranke Bein in typischer Adductionsstellung leicht flectirt. Die Bewegung im Gelenk ist sehr beschränkt, Schmerzhaftigkeit stark ausgesprochen — badete 157 mal und beendigte die Cur den 30. Mai. Das Hüftgelenk ist frei beweglich, keine Schmerzen, Pat. läuft und geht ohne Stütze, ohne zu ermüden. Nur ein kaum merkbares Hinken ist nachgeblieben. Allgemeinzustand vortrefflich. Zunahme des Körpergewichts um 5 Kilo, der Länge um 0,04 m.

3. Ambre 13 J. K. Ankunft 20. Okt. Arthritis tuberculosa tibiotarsal. Pat. kam zum zweiten Mal nach Cannes. Das erste Mal war er hergebracht worden in schlechtem Ernährungszustand, nach langem Krankenlager im Hospital, wo mehrfache Operationen an ihm vorgenommen worden waren (Resection des kranken Gelenkes, Auskratzung erkrankter Cervicaldrüsen etc.). In der Umgegend des geschwollenen und schmerzhaften Gelenkes unterhielten mehrere Fisteln eine abundante Eiterung. Er badete in der vorigen Saison 7 Monate und fuhr nach Genf mit vernarbten Fisteln und wenig schmerzhaftem Gelenk, unvollkommener Function; in der letzten Saison badete er 160 mal, und reiste völlig geheilt am 30. Mai nach Hause, der Fuss functionirte ausgezeichnet, das Allgemeinbefinden sehr gut, hat im letzten Winter 7,2 Kilo zugenommen.

4. Lauter, 13 J. M. Ankunft 20. Oct. Eltern an Phthisis gestorben. Scrophulös-lymphatischer Habitus, stark geschwollene Halsdrüsen beiderseits, Nase difform — badete 136 mal — reiste frisch und gesund nach Hause. Zunahme des Gewichts um 4,8 Kilo, der Länge um 0,05 m., Halsdrüsen kaum durchfühlbar.

5. Chine, 7 J. M. Ankunft 4. Januar. Caries des rechten Oberarms, Ulceration der Axillardrüsen. Beide Unterschenkel bedeckt mit Narben scrophulöser Ge-

schwüre. Heruntergekommener Ernährungszustand. Halsdrüsenschwellung. Bronchophonie in Folge Bronchialdrüsenschwellung, Husten. Nach Beginn der Bäder nahm die Secretion des Eiters zu, es trat Fieber ein und bildete sich ein Abscess auf der Schulter, der durch einen tiefer gelegenen Fistelgang sich spontan entleerte. Das Fieber schwand. Während dessen war das Bad nicht ausgesetzt worden. Nach einigen trat wieder Fieber Abends auf, dabei Röthung, Schwellung und Schmerzen auf der Vorderfläche der l. Tibia. Pat. konnte nicht gehen, wurde in's Bad getragen.

Als das Fieber Abends bis 39,5 stieg, wurde das Bad einige Tage ausgesetzt, dann wieder aufgenommen als das Fieber sank, obgleich noch abendliche Steigerungen von 38° notirt wurden, alle Erscheinungen schwanden, ohne dass es zur Abscessbildung kam, die Geschwüre am Arm und den Axillardrüsen vernarbten und Pat. fuhr in gutem Allgemeinzustande (Zunahme des Körpergewichts um 2 Kilo, der Länge um 0,02°) nach Hause.

6. Schwitzibel, 5½ J. Kn Badete vom 31. Oct. bis 14. Febr. Rhachitis tardiva, stark difformirte untere Extremitäten, Behinderung beim Gehen. Allgemein retardirte Körperentwickelung. Bei Unterbrechung der Cur im Februar zeigte er bedeutende Besserung der Difformität, hatte gutes Allgemeinbefinden und Zunahme des Gewichts um 1,7 Kilo.

7. Longhin, 5 J. M. Ankunft 20 Oct. Gewicht 11,7 Kilo, Länge 0,98: Malum Pottii lumbare cum suppurat. Anaemisch, matt, kann nicht längere Zeit gehen oder stehen, selbst im Corset ohne zu ermüden. Prononcirte locale Schmerzhaftigkeit. Musste in erster Zeit in's Bad getragen werden. Badete 120 mal. Zum Schluss der Cur am Ende Mai zeigte sie ein munteres Aussehen, läuft umher und spielt ohne Ermüdung. Gewichtszunahme 2 Kilo.

Von grossem Interesse wären natürlich Nachrichten über das weitere Schicksal der aus der Cur Entlassenen. Leider geben die Berichte der Anstalt darüber gar keine Nachrichten.

Da jedoch das Comité frühere Patienten, falls sie einer erneuten Cur bedürfen, bevorzugt, und derartige Fälle sehr selten vorkamen, trotzdem die aus Genf gesandten fast ausschliesslich Genfer Kinder sind, so ist der Schluss wohl gestattet, dass die überwiegende Mehrzahl der Pensionäre bleibenden Nutzen von ihrem Badeaufenthalt erzielten. Von einem vor 3 Jahren an Coxitis in Cannes früher Behandelten ist z. B. notorisch bekannt, dass er gegenwärtig ganz gesund und Laufbursche in Genf in einem Magazin ist.

Abgesehen von dem Nutzen, welchen das Asyl Dolfus seinen Pfleglingen bringt, hat es das unbestreitbare Verdienst, den Nachweis geliefert zu haben, dass die Heilung der Gelenk- und Knochenaffectionen, nicht zu reden von den leichteren Formen der Scrophulose, — in Cannes schneller zu Stande kommt bei bestimmtem Regime, als in den nördlichen Sanatorien; das ist ein Punkt, der bei philanthropischen Anstalten dieser Art sehr ins Gewicht fallen muss.

Zweitens lehrt uns das Beispiel dieser Anstalt, dass eine Wintercur in Cannes nicht nur gefahrlos sondern auch erfolgreich durchführbar ist, so dass die Patienten nach Beendigung des Gebrauchs des Seebades an diesem Ort, das Seebad eventuell im Norden fortsetzen können, jedenfalls das warme Halbjahr vor sich haben. Es liegt auf der Hand von wie hohem Werthe dieser Umstand für die Garantie eines bleibenden Erfolges ist.

Ich habe nicht die Absicht hier auf eine Analyse der Wirkung des Seebades und der Seeluft einzugehen, die bekanntlich beide in gleichem Sinne, wenn auch verschieden stark tonisirend, excitirend auf den Stoffwechsel einwirken.

Nach den im Asyl Dolfus in Cannes erreichten Resultaten und denjenigen, die in Banyuls sur mer und anderen constanten Seesanatorien erzielt werden, kann wohl als feststehend betrachtet werden, dass die verschiedenen Formen der Haut-, Schleimhaut- und Drüsenscrophulose, der englischen Krankheit, der Disposition zur Lungentuberculose etc. einer richtig geleiteten Behandlung an der Seeküste fast stets weichen, ja dass auch die schwereren Formen der Knochen- und Gelenktuberculose wohl längerer Curdauer bedürfen, jedoch auch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle heilbar sind, wenn die Cachexie nicht zu weit vorgeschritten, Amyloiddegeneration etc. nicht eingetreten ist. Die völlige Heilung dieser Leiden, die durch Hospitalbehandlung bekanntlich meist nicht zu erreichen ist, ist nur eine Frage der Curdauer.

Das Seebad und die Seeluft kann in der That jene vollkommene «Umstimmung» des ganzen Organismus zu Wege bringen, welche den Tuberkelbacillen den Boden entzieht und die Disposition zur Tuberculose tilgt. Cannes, und der übrigen Riviera, als Badeort haftet der Uebelstand an, dass die Pfleglinge nicht gut den Sommer über die Curart an Ort und Stelle fortsetzen können, dagegen haben sie den unendlichen Vorzug, dass die Wintercur, das Bad uud die Freiluftcur 9 Monate lang en suite fortgesetzt werden kann und die Pensionäre die Cur in Cannes im Frühsommer beendigen und dann das Seebad im Norden fortsetzen, resp. aufs Land gehn können.

Jedoch selbst das herrliche Klima der Riviera und die Seeluft können nichts leisten, wenn sie nicht durch richtige Hygieine ausgenützt und unterstützt werden. Das scheint selbstverständlich und doch wird dagegen tagtäglich vom Publicum gesündigt.

Ein prägnantes Beispiel dafür liefert das luxuriös ausgestattete Dispensaire Lemval in Nizza, eine Kinderheilanstalt mit grosser Ambulanz und einer stationären Abtheilung von 12 Betten, in eleganter Villa, dicht am Meere gelegen. Hier werden die an tub. Knochen- und Gelenkaffectionen leidenden Patienten wie in manchem Kinderhospital des Nordens in geschlossenen Räumen behandelt, dabei jede ergiebige Ventilation ängstlich vermieden. Die Resultate sind so kläglich, dass Aerzte und Schwestern, wenn irgend möglich die Aufnahme solcher Patienten vermeiden.

Alljährlich kommen hunderte anämischer, scrophulöser zu Lungentuberculose disponirter Kinder mit ihren Angehörigen an die Riviera, besonders nach Cannes, weil dieser Ort einen Villencharakter bewahrt hat und viel weniger von Phthisikern frequentirt wird als Mentone und San Remo. Die Erfolge, welche solch' ein Winteraufenthalt für die Kinder haben könnte ist gewiss nicht mit dem sehr precären Nutzen zu vergleichen, den die Meisten wirklich erzielen. Die Lebensweise in den an Bequemlichkeit und Luxus gewöhnten Familien bleibt dieselbe, wie daheim und jede Mutter würde energisch gegen einen beständigen Aufenthalt im Freien protestiren, geschweige denn mitten im Winter ein kaltes Seebad und ähnliche «barbarische» Maassregeln gestatten. Nicht nur die Mütter, sondern auch so mancher Arzt ist nicht abgeneigt in dem im Asyl Dolfus beobachteten Regime mindestens eine unnütze Quälerei zu sehn. Selbstverständlich ist bei der Anwendung dieses Regime, wie bei allen anderen therapeutischen Maassnahmen eine Individualisirung der einzelnen Fälle erforderlich. Besonders gegenüber den verweichlichten Kindern wohlhabender Kreise wäre die summarische Anwendung des Seebades nicht angebracht, in solchen Fällen müssten andere hydrotherapeutische Proceduren den Uebergang zum eigentlichen Seebade bilden, resp. dasselbe ersetzen. Auch müsste — mehr als es im Asyl Dolfus geschieht Gewicht gelegt werden auf einem jeden Individuum angepasste

Gymnastik (Spaziergänge, Reiten etc.). Andererseits sind gewisse Krankheitsgruppen von der Aufnahme in Kinderheilstätten am Seestrande auszuschliessen z. B. die bacilläre Lungenphthise und gewisse Nervenkrankheiten, bei denen die exquisit excitirende Wirkung der Seeluft und des Seebades contraindicirt sind.

Die Phthisiker, sowohl Kinder als Erwachsene bilden bei beständiger Nachbarschaft in einem und demselben Quartier eine Ansteckungsgefahr; sie gehören ausserdem nicht an den Seestrand, sondern in die mehr im Lande gelegenen, geschützteren Partien der Riviera, nach Cannet und auf und an die Hügel von Mentone, Branlieu und San Remo. — Die Landstreifen dicht am Meeresufer einerseits und die weiter ins Land gelegenen besonders die mittelbar von anliegenden Hügeln geschützten Thäler und Böschungen andererseits bieten sehr verschiedenartige klimatische Bedingungen, die bei der Wahl des Wohnorts unbedingt zu berücksichtigen sind.

Die Frage der Ansteckungsgefahr in Curorten hat practisch eine grosse Bedeutung erhalten, seitdem unter dem Einfluss der Bacteriologie nicht nur die Bacillophoben unserer Intelligenz sondern auch wissenschaftliche Autoritäten strict davor warnen zu Phthisis Disponirte an Orte zu senden in denen die Phthisiker zu überwintern pflegen.

Jaccoud räth bekanntlich, solche Kinder nach Innsbruck zu senden, zur grossen Verwunderung derjenigen, die das Winterklima von Tyrol und Innsbruck aus eigener Erfahrung kennen. Es wird gewöhnlich behauptet, die Bevölkerung solcher Curorte, wie Meran, San Remo, Mentone etc. sei früher frei von Schwindsucht gewesen und jetzt durchseucht. Nun lässt sich jedoch statistisch der Nachweis liefern — und ich gedenke das andern Orts zu thun, — dass in den Städten an der Riviera, speciell Mentone, die Sterblichkeit an Tuberculose unter den Indigenen klein ist und nicht zunimmt, sondern Dank den besseren hygienischen Verhältnissen der letzten Zeit abnimmt. Ueberall, wo die Agglomeration der Bevölkerung in den Städten wächst, steigt damit auch die Ansteckungsgefahr der Bewohner allen Infectionskrankheiten gegenüber. In dieser Beziehung theilen die Städte der Riviera das Loos aller anderen. Bisher haben jedoch die vorzugsweise von den Fremden bewohnten Stadttheile in Cannes, Mentone und San Remo, Branlieu u. s. w. vollkommen ihren Villencharakter, wie gesagt, bewahrt; die Häuser bilden nicht geschlossene compacte Massen, sondern sind durch zahlreiche Gärten getrennt. Je intensiver diese Stadttheile im Laufe der Zeit bebaut werden, um so mehr verlieren sie ihre raison d'être als Aufenthaltsorte für Kranke und Schwächliche. In Nizza hat das bei weitem grösste Areal, welches von der Neustadt eingenommen wird, rapid diese Metamorphose aus einem Villenort in städtischen Charakter tragende Quartale durchgemacht, und die ca. 30,000 Wintergäste, welche sich alljährlich in Nizza einfinden, wohnen vorwiegend in dieser Neustadt, nur ein geringer Theil bezieht die Villen an der Peripherie der Stadt.

Eine andere Frage ist die des Zusammenwohnens in einer Wohnung mit Phthisikern. In dieser Beziehung bekenne ich mich ganz zu den Anschauungen von Cornet u. A. und halte es für verwerflich, wenn — wie es z. B. in Jalta, Görbersdorf etc. geschieht, zu Phthisis disponirte Knaben in Familien und Pensionen Aufnahme finden, in denen auch Phthisiker wohnen. — Ich weiss aus Erfahrung, wie schwer es ist, an Auswurf leidende Lungenkranke an absolute Sauberkeit zu gewöhnen und glaube, dass, ganz abgesehen von der Ansteckungsgefahr, das Zusammenleben mit Leuten die häufig sich schonen sollen, fast immer sich schonen und vor Erkältung schützen wollen die consequente Durchführung eines stärkenden, abhärtenden Verfahrens wie es scrophulöse, anämische zu Lungentuberculose disponirte Kinder bedürfen, zur practischen Unmöglichkeit macht.

Zum Schluss seien einige, das Clima von Cannes charakterisirende Daten angeführt mit Hinzufügung der entsprechenden Zahlenwerthe für St. Petersburg und Moskau. Letztere sind Mittelzahlen, aus den Bulletins der letzten 10 Jahre berechnet: Mittlere Jahrestemperatur 15,5° (St. P. 4,2°, M. 3,7°). Mittl. Temperatur im October 16,8° (St. P. 4,7°, M. 4,1°); November 11,9° (St. P. —1,0; M. —2,8); December 10,5° (St. P. —5,3°, M. —6,9°); Januar 8,9° (St. P. —7,7°, M. —11,4°); Februar 9,9° (St. P. —6,9, M. —9,0°); März 11,3 (St. P. —5,2°, M. —5,6°); April 13,5° (St. P. 2,6°, M. 3,4°); Mai 17,7° (St. P. 9,8°, M. 13,0°) Morgentemperaturen (um 6 Uhr Morgens) unter dem Gefrierpunkt werden an der Riviera nicht in jedem Jahr beobachtet, und nur hin und wieder kommen an einigen Tagen Temperaturen von 0,0°, —0,2°, —0,3° vor. (St. P. zählt solcher Frosttage 150, Moskau 168 im Jahr). Die allerniedrigste an der Riviera vor Sonnenaufgang — in den letzten 30 Jahren beobachtete Temperatur betrug —5,3°. (St. P. —33,8°, M. —35,3°) Die Differenzen der Temperatur zwischen dem Minimum vor Sonnenaufgang und dem mittäglichen Maximum ein und desselben Tages betragen durchschnittlich im Octbr. 7,9°; Nov. 7,5°; Dec. 6,8°; Jan. 7,0°; Febr. 7,7°; März 8,3°; April 8,9°; Mai 8,8°. Die absolute Feuchtigkeit der Luft ist durchschnittlich im November 7,0—9,1 mm (St. P. 4,0—4,1 mm.; M. 3,5—3,6 mm.), Dec. 5,0—6,0 mm. (St. P. 2,9—3,0 mm.; M. 2,4—2,6 mm.), Jan. 5,2—6,0 mm. (St. P. 2,4 mm., M. 2,0—1,8 mm.) Febr. 5,0—6,7 mm. (2,4—2,5 mm., M. 1,9—2,2 mm); März 6,2—7,2 mm. (St. P. 2,4—2,7 mm., M. 2,4—2,8 mm.); April 7,0—9,8 mm. (St. P. 3.8 mm., M. 4,3—4,5 mm.).

Die relative Feuchtigkeit der Luft ist für die Wintermonate 72,1% (St. P. 81%, M. 81%). Wolkenfreie volle Sonnenscheintage giebt es durchschnittlich im Winter pro Monat 18 (St. P. 2,2, M. 3) im Sommer 20 (St. P. 5, M. 5), im Frühjahr 17 (St. P. 6, M. 5) im Herbst 16 (St. P. 2, M. 3). Regentage im Winter pro Monat 5 (St. P. 15 2, M. 14), Sommer 3 (St. P. 12,8, M. 18), Frühjahr 6 (St. P. 11, N. 12).

Die Temperatur des Meerwassers sinkt im Mittelländischen Meer an der Küste der Riviera nie unter +12° C. Temperaturmessungen bis zu einer Tiefe von 1,500 Meter ergaben dasselbe Resultat. Im atlantischen Ocean ist auch im Sommer die Temperatur in der Tiefe nahe dem Gefrierpunkt. Im schwarzen Meere sinkt die Temperatur an der Süd-Küste der Krim schon im October unter 10° und steigt erst im April über diese Grenze. Ausserdem ist die Lufttemperatur in den Wintermonaten in Jalta um ca. 4° C. niedriger als an der Riviera und die Winde kälter, so dass — bei allem Respect vor dem Clima der Südküste der Krim, — an ein Baden im freien Meer dort in den Monaten October—April nicht zu denken ist.

Temperaturmessungen der Luft und des Meeres in Nizza um $11^{1}/_{2}$=12 Uhr Mittags (d. h zu einer Zeit, an welcher die Pensionäre des Asyl Dolfus zu baden pflegen), ergaben folgende Mittelwerthe: (in Klammern die Lufttemperatur): October 15°=18° (16°—20°); November 14°—15° (14°—15°), December 12,5°—13° (10,0°—14°), Januar 12.0—13,5° (10,0°—13,5°), Februar 13,5°—14,0° (12,5°—14,7°), März 13,5°—14,5° (14,0°—15,2°), April 14°—17° (15,2°—18°), Mai 17,2°—23,0° (20,5°—25,5°).

Im Mai und mehr noch in den Sommermonaten ist die Temperatur des Wassers zu hoch, um eine kräftige Reaction zu erhalten.

In Cannes besteht der Strand des Meeres in einer Breite von 80 Schritt aus reinem, grobkörnigem Sand; das Ufer ist flach mit ebenem Sandboden. In Nizza, Branlieu, Menton etc. bilden Geröll und Kieselstein den Strand und den Boden des Meeres, der dort sehr bald

beträchtliche Tiefe erreicht (excl. Nizza). Dieser Umstand, der Cannes speciell zum Seebadeort macht, hängt wohl mit der geologischen Bodenbeschaffenheit zusammen. Vom Gebirge Esterel, einer Bergkette, die Cannes vor den Westwinden schützt, bis zu dieser Stadt, herrscht Gneiss vor, schon das nahegelegene Cannet und ein Theil der Stadt Cannes im Osten steht auf Kalkboden, der weiter nach Osten an der Küste vorwaltet.

Cannes, Juni 1895.

Referate.

L. **Bach.** Bacteriolog. Untersuchungen über d. Aetiologie d. Keratitis et Conjunctivitis ekzematosa nebst Bemerkungen zur Eintheilung, Aetiologie und Prognose der Hornhautgeschwüre. (Arch. f. Ophth. XLI 2, p. 159. 1895).

Nach einer einleitenden Besprechung der bisher erschienenen Arbeiten, recapitulirt B. zunächst seine früheren Versuche. Er impfte den Inhalt von Phlyktaenen auf Nährböden, erhielt jedoch mit Ausnahme eines Falles «absolut negative Resultate». Das eine Mal erzielte er eine grosse Anzahl von Colonieen von Staphylococcus pyogenes aureus. Durch Ueberimpfen des Virus gelang es beim Kaninchen und vier mal beim Menschen «durchaus typische Efflorescenzen» zu erzeugen. Eine Reihe neuer Culturversuche sollte nun die Ursache dieses Misslingens jener früheren aufklären. Es zeigte sich, dass die Staphylococcen nur in ganz frischen, ein bis zwei Tage alten Phlyktaenen nachzuweisen seien, in allen älteren Fällen aber der Nachweis misslinge. Es ist dieses auf die Vernichtung der Coccen durch die baktericide Eigenschaft des Blutes zurückzuführen.

Die Phlyktaenulose ist mithin als eine ekzematöse Erkrankung aufzufassen und die Bezeichnungen: scrophulöse Ophthalmie, Keratit. et Conjunctivit. lymphatica und Herpes sind aus eben dem Grunde zu verwerfen. In der Scrophulose haben wir nur eine prädisponirende Ursache zu sehen.

Bei der Behandlung ist die Complication mit Iritis zu beachten, welche besonders bei centralen Hornhautphlyktaenen aufzutreten pflegt. In analoger Weise sind auch die centralen Ulcera corneae die bösartigen; die Ursache dafür liegt einerseits in der grösseren Entfernung des Randschlingennetzes der Hornhaut mit seinen «Heilpotenzen»; andererseits kann bei peripherer Lage des Ulcus wegen der benachbarten Gefässe der Conjunctiva weniger von den schädlichen Stoffwechselprodukten in die vordere Kammer gelangen.

Ischreyt.

A. **Marti.** Ueber subconjunctivale Kochsalzinjektionen und ihre therapeutische Wirkung bei destructiven Hornhautprocessen. Basel u. Leipz. 1895. (Aus der ophth. Klinik von Prof. Schiess).

E. **Schulte.** Die therapeutischen Erfolge der subconjunctivalen Sublimat-Injektionen. (Aus der Universit. Klinik f. Aug. in Strassburg). Klin. Mon. f. Aug. XXXIII p. 85. Febr. 1895.

In Anbetracht der unangenehmen Begleiterscheinungen der subconjunctivalen Sublimatinjektionen (Schmerzhaftigkeit, Verwachsungen der Conjunctiva) suchte M. nach dem Vorgange Mellingers nach einem Ersatz für dieselben und injicirte Kochsalzlösungen. Er beobachtete eine günstige Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bei Keratitis c. infiltratione, K. ulcerativa mit und ohne Hypopyon und bei Hypopyonkeratitis. Bei der K. ulcerativa kam es unter 13 Fällen keinmal zur Perforation und zur Bildung eines Leukoma adhaerens, bei der Hyp. Keratitis wurde ein Weitergreifen des Processes auf Iris, Ciliarkörper und Chorioidea verhütet. Die günstige Wirkung der Kochsalzinjektionen sieht M. in der Anregung der Lymphcirculation, da nach Heidenhain das Kochsalz zu den kräftigsten lymphtreibenden Mitteln gehöre.

Schulte hält die Versuche Mellinger's und Marti's für nicht beweisend, da Beide ihre Kranken ausser mit Injektionen gleichzeitig mit Atropin, Kataplasmen und Sublimatauswaschungen behandelt hatten. Bei den Sublimatinjektionen, wie er sie ausführte, hat er fast nie unangenehme Folgezustände beobachtet. Günstig beeinflusst wurden Fälle von Chorioiditis, frischen Glaskörpertrübungen, Retinitis, Neuritis optica und Iridocyclitis, erfolglos blieben die Injectionen bei hochgradiger Myopie mit Chorioiditis und Glaskörpertrübung, bei Keratitis parenchymatosa und Iritis. Bei infectiösen Hornhautprocessen hat Sch. derartige Versuche nicht gemacht.

Ischreyt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. **Maximilian Bresgen** in Frankfurt a. M. Halle. Verl. v. K. Marhold.

Der glückliche Gedanke, welcher der weltbekannten Volckmann'schen Sammlung klinischer Vorträge zu Grunde liegt, und darauf hinausläuft die neuesten Fragen und Errungenschaften der Chirurgie, Geburtshülfe und innern Medicin in abgerundeter Form, so zu sagen als kleine Cabinetstücke der ärztlichen Lesewelt vorzulegen, hat schon mehrfach zu mehr und weniger erfolgreichen Wiederholungen geführt. Die neueste derselben ist die im Vorstehenden angezeigte Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der Laryngologie und der mit ihr zusammenhängenden Specialwissenschaften. Der bewährte und allen Fachleuten wohlbekannte Herausgeber hat eine stattliche Reihe tüchtiger Mitarbeiter für das neue Unternehmen zu gewinnen verstanden und die beiden ersten Nummern, in denen Suchareck in Zürich die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus und E. Fink in Hamburg die Bedeutung des Schnupfens der Kinder bespricht, sind trefflich gelungen. So sehr die beiden Themata dem specialistischen Gebiet der Rhino-Pharyngo-Laryngologie angehören, so sehr greifen sie doch auch in den allgemeinen Bereich der innern Krankheiten hinüber und gehen somit von einem höhern Gesichtspunkt aus.

Wir wünschen dem neuen Unternehmen, dass es sich stets diesen weiten Horizont bewahren möge, der nach allen Seiten hin den Zusammenhang des Specialgebietes mit dem Reich der Gesammtwissenschaft erkennen lässt.

D—o.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 20. Februar 1895.

1. Dr. **Assmuth:** «Ueber differentialdiagnostische Merkmale des Blutharnens je nach seiner vesicalen oder renalen Herkunft.»

Ref. streift nur im Vorübergehen solche Blutungen in den Harnwegen, die dem Urin **nicht** eine gleichmässig blutige Färbung geben. Das sind immer Blutungen aus dem Blasenhalse oder der Urethra und nur ausnahmsweise aus der Blase (Calculose oder kleine Tumoren). Beobachtet man die Miction direct, so bemerkt man, dass der sonst klare und normal gefärbte Urin entweder im ersten Spritzer oder — was das bei Weitem häufigere ist — im Schlussstrahl Blutbeimischung zeigt, resp. wie reines Blut aussieht. Hervorgerufen werden diese Blutungen durch die Contraction des Blasenhalses resp. der benachbarten Blasentheile. Befindet sich jedoch die Blutquelle in der vorderen Urethra, also diesseits des Compressor urethrae, so tröpfelt das Blut spontan oder auf Druck ab. Etwas beträchtlichere Blutungen aus dem Blasenhalse können jedoch auch das Blut in die Blase gelangen lassen und so dem Harne eine homogene, mehr oder weniger blutige Färbung geben, ähnlich den Blutungen rein vesicalen oder renalen Ursprunges, welche den Harn gleichmässig zu färben im Stande sind, was man im groben makroskopischen Sinne als Haematurie bezeichnet. Ref. hält nun die in den Lehrbüchern vorfindlichen Symptome differential-diagnostischer Natur zur Unterscheidung der letztgenannten Ursprungsorte zum Theil für sehr revisionsbedürftig, zum Theil für ergänzungsfähig. und bespricht dieselben an der Hand einer grossen Zahl selbstbeobachteter Fälle. So wird in den Büchern angeführt, bei Nierenblutungen bestehe normale Mictionsfrequenz, Blasenblutungen bedingen eine erhöhte Frequenz. Aber Nierenblutungen, die Gerinnsel in der Blase bilden, bewirken häufiges Uriniren, wie andererseits eine erhöhte Mictionsfrequenz bei Blasenblutungen nicht vorhanden zu sein braucht, falls der Blasenhals noch ganz frei ist. Das Symptom der schmerzlosen Miction bei Nierenblutungen, der schmerzhaften Miction bei Blasenblutungen, wird im Falle von Gerinnselbildung in der Blase nach Nierenblutungen gleichfalls hinfällig. Beide Symptome beweisen nach des Ref. Ansicht nichts. Weiter sollte der Methaemoglobingehalt des Urines (die tiefbraune Färbung desselben infolge der innigen Mischung) für die renale Provenienz des Blutes bezeichnend sein, während hellrothe Färbung des Harnes für Blasenblutung spräche. Einerseits kann es jedoch bei grosser Abundanz der Nierenblutung oft nicht zur Bildung der tiefbraunen Färbung kommen, wie dieselbe andererseits auch nach Blasenblutungen eintreten kann, bei langer Retention des blutigen Harnes in der Blase. Ein Symptom, welches recht grossen Werth hat, obgleich es in den Büchern nie erwähnt wird, ist das oft plötzliche Verschwinden der Blutung nach kurzer Dauer bei Nierenblutungen, so dass selbst an einem und dem-

selben Tage stark blutiger und ganz klarer Harn mehrmals mit einander abwechseln. Die Ursache dieses Symptomes ist häufig zu erklären durch Gerinnselbildung in den Ureteren oder durch spasmodische Contraction der letzteren. Im Gegensatze zu diesem Symptome zeichnet sich die Blasenblutung gewöhnlich durch längere Dauer und sehr allmähliches Aufhören bei relativ seltenem Auftreten und langen freien Intervallen aus. Dieselbe hinterlässt nach ihrem Aufhören oft lange Zeit einen trüben, nicht geruchlosen, oft sogar übelriechenden, fast stinkenden Harn. Ferner soll saure Reaction und geringe Neigung zur Zersetzung des Harnes für renalen, neutrale bis alkalische Reaction mit Tendenz zur Zersetzung des Harnes für vesicalen Ursprung des Blutes sprechen, doch ist beides durchaus nicht immer sicher. Ein recht sicheres Symptom dagegen bietet die Länge der Gerinnsel. Schon über 9 Ctm., namentlich aber 10–12 Ctm. lange Gerinnsel (sog. wurmförmige Coagula) entstammen wohl immer der Niere, resp. dem Harnleiter, und sind noch ausserdem Nierencoliken vorausgegangen, so ist an der renalen Provenienz der Blutung kein Zweifel möglich. Dagegen beweist das Fehlen solcher langer wurmförmiger Coagula nichts, denn sie finden sich überhaupt sehr selten und ist ihr Fehlen auch bei Nierenblutungen sogar die Regel. Sie müssen immer sofort nach der Entleerung des Harnes gesucht werden. Umgekehrt sind kurze dicke Gerinnsel durchaus noch nicht für vesicalen Ursprung beweisend. — Das Vorhandensein oder Fehlen eines palpablen Tumors in der Niere resp. Blase verführt besonders leicht zu Irrthümern in Bezug auf die Provenienz der Blutung. Einerseits kann ein Nierentumor vorgetäuscht werden durch Erweiterung des Nierenbeckens nach Blasenblutung, wenn Gerinnsel die Ausmündungen der Ureteren verlegen, andererseits kann ein kleiner Tumor im Nierenbecken der Palpation gänzlich unzugänglich bleiben. Wenn aber eine Tumorbildung der Nieren durch Rückstauung ausgeschlossen werden kann, so ist es den Nierentumoren eigenthümlich, dass sie recht spät auftreten, oft Jahre lang nach Beginn der Blutungen. Dagegen treten die Blasentumoren, wenn überhaupt deutlich palpirbar, verhältnissmässig frühzeitig auf bei Blasenblutungen und schwinden zuweilen später recht schnell, wahrscheinlich durch Zerfall. Ein Symptom, welches Ref. in Lehrbüchern gar nicht berührt gefunden hat, ist die symptomatische resp. consecutive Varicocele, die, wenn sie gleichzeitig mit den anderen Erscheinungen auf derselben Seite aufgetreten ist, wie der renale Tumor, entschieden für den renalen Ursprung der Blutung zu verwerthen ist. Die sog. terminale Haemorrhagie oder das Terminalphänomen, nämlich die Erscheinung einer deutlich stärker blutig oder allein blutig gefärbten letzten Harnportion bei Katheterisiren, in specie aber nach Blasenspülung, wo dann, nachdem das Spülwasser klar abgeflossen ist, die letzten Tropfen blutig gefärbt erscheinen, ist, wenn deutlich ausgesprochen, ein recht sicheres Zeichen für den vesicalen Ursprung der Blutung und ist bei Nierentumoren so gut wie nie zu constatiren, höchstens ausnahmsweise, wenn nämlich die Untersuchung während einer starken Blutung in die Blase hinein stattfindet. Die Unterscheidung ferner zwischen Blasen- und Blasenhalsblutung, welche für die Operabilität von grosser Bedeutung ist, lässt sich gleichfalls mit Hilfe des Katheters stellen. Auch die mikroskopische Untersuchung giebt für die Diagnose verwerthbare Befunde. So sind die Blutcylinder, bestehend aus rothen Blutkörperchen und oft von Nierenepithelien bedeckt, vollkommen beweisend den für renalen Ursprung einer Blutung. Die Anwesenheit von ausgelaugten rothen Blutkörperchen im Urine spricht gleichfalls für renale, relativ frische wohlerhaltene Blutkörperchen dagegen für vesicale Blutung. Ein sicheres Zeichen für letztere bildet der Befund von Papillomstückchen oder einzelnen Zotten im Harn, doch sind sie sehr selten zu finden.

Ist die Frage nach dem Orte der Blutung mehr weniger sicher beantwortet, so fragt sich weiter, was die Ursache derselben ist? Lässt man die nicht selten vorkommenden Haematurien bei acutem Morbus Brightii, bei Purpura haemorrhagica, sowie die seltenen bei Gebrauch von Resinis balsamicis oder Cantharidin und endlich bei Kindern durch Vesicatorien hervorgerufenen bei Seite, ebenso wie die durch Hämatobium Bilharz (Distoma haematobium) so bleiben 3 Hauptursachen nach:

1) Varicöse Venen am Blasenhalse.
2) Neubildungen — meist maligner Natur.
3) Concremente.

Die beiden ersten Krankheitsursachen haben die Spontanität der Blutung mit einander gemein, welche oft in Bettlage der Patienten eintritt, im Gegensatz zu den Blutungen in Folge von Concrementen, die fast immer durch äussere Anlässe (Stoss etc.) hervorgerufen werden. Doch kommt Calculose auch vor, wenn die Blutung nicht nach äusserer Veranlassung auftritt. Die beiden ersteren Krankheitsursachen von einander zu unterscheiden, ist anfangs fast vollkommen unmöglich, später jedoch leichter Die mittelst Boutonnière ermöglichte Digitalexploration möchte Ref. nach seinen bisherigen Erfahrungen verlassen. Man kann sie meistens vermeiden und kommt doch nicht weit genug hinein, bewirkt andererseits einen bedeutenden Eingriff. Mit der cystoskopischen Untersuchung ist trotz Cocainanwendung bei sehr irritabler Blase oft kein Resultat zu erreichen. Die Prognose ist bei anhaltenden Blutungen aus den Harnwegen alter Männer schwer zu stellen, wenn sie ganz spontan auftreten und bei längerer Dauer die Kranken (mehr noch durch psychische Alteration als durch den Blutverlust selbst) herunterbringen.

Dr. Tiling führt einige Fälle an, bei denen man aus der Vielfachheit der Symptome geglaubt hatte, auf Nierentumor schliessen zu können, und sich doch kein Tumor, sondern cystische Degeneration der Nieren fand. Manchmal geben aber auch imposante Nierentumoren keine Blutung, so in einem Falle von rasch wachsendem Sarcom.

Dr. Assmuth macht darauf aufmerksam, dass die mikroskopische Untersuchung des Harnes oft helfen könne, so finde man auffallend häufig Oxalatrosetten im Harne bei exulcerirenden Carcinomen der Nieren. Albarran hat durch den Befund von Becherzellen im Harne ein Darmsarcom, welches in die Blase durchgebrochen war, intra vitam diagnosticiren können.

Dr. Kernig führt den schon mitgetheilten ein weiteres gut zu verwerthendes Symptom hinzu, nämlich das baldige Auftreten von Blut im Harne nach Druck auf die Nieren, welches bei einer vergrösserten Niere mit Sicherheit für Nierentumor spricht, und theilt einen solchen Fall mit, der von ihm ein Jahr lang beobachtet worden und bei der Section einen grossen Nierentumor mit Metastasen ergab.

Dr. Assmuth beantwortet die Frage, ob bei Verdacht auf Nierentumor nur die mit blossem Auge sichtbare Hämaturie in Betracht komme oder auch schon der bloss mikroskopische Nachweis von Blutkörperchen, dahin, dass progressives Fortschreiten von Blutkörperchenbefund im Harne Verdacht auf Nierentumor oder Nierenstein errege und erwähnt, dass J. Israel in einem Falle bei vorhandenen Schmerzen in einer Niere und langjährigem Nachweise constant geringer Mengen von rothen Blutkörperchen die Acupunktur ausführte und trotzdem er nichts fand, den Sectionsschnitt folgen liess, worauf ein Stein im Becken gefunden wurde.

2. Dr. Kernig theilt einen Fall mit, wo der Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin irrthümlicher Weise zur Diagnose einer Tuberculose der Nieren geführt hatte. Eine 17-jährige Intacta trat mit Ascites, Infiltration beider Lungenspitzen und Fieber in's Hospital ein. Es bestanden auch allgemein hydropische Erscheinungen. Eiweissgehalt des Urines 10—13 pro Mille Man sucht und findet Tuberkelbacillen im Urin. Nach einer Punction sammelte sich die Flüssigkeit wieder sehr rasch an, wie es nicht gewöhnlich ist bei allgemeiner chronischer tuberculöser Peritonitis. Die Section ergab chronische Peritonitis mit Tuberkeln nur im Beckentheile der Bauchhöhle und Lungentuberculose. Ausser der chronischen Nephritis fand sich jedoch nichts von Tuberkeln in den Nieren. Nierenbecken, Ureteren und Blase gleichfalls normal. Dagegen fand sich eine colossale käsige Endometritis tuberculosa, welche die Veranlassung zum Bacillenbefunde im Urin gegeben hatte, sowie auch Endosalpingitis tuberculosa.

Dr. Assmuth erinnert daran, dass in solchen Fällen nur der nach Catheterismus gewonnene weibliche Harn vor Täuschungen schützen könne.

Dr. Westphalen macht darauf aufmerksam, dass die aus den Nieren stammenden Tuberkelbacillen im Harne nur vereinzelt zu finden sind, während die dem Harne aus den Genitalien beigemengten oft in Zapfen, in Gruppen auftreten.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Siebenter Aerztetag
der «Gesellschaft livländischer Aerzte»
in Wenden
vom 14.—16. September 1895.

Programm

Eröffnung des Aerztetages
Donnerstag den 14. September 1895.

9 Uhr Morgens.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

1. Rechenschaftsbericht des Cassaführers.
2. Festsetzung des Ortes und der Zeit des nächsten Aerztetages, sowie statutenmässige Wahlen laut § 8 der Statuten.

3. Referat über den Bestand und die Wirksamkeit der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra».
4. Vortrag des Herrn Dr. med. P. Bergengrün: «Topographisches über den Bacillus leprae».
5. Referat des Herrn Ref. O. Petersen: «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztlichen Vereins zur gegenseitigen Hülfeleistung während der Zeit der ersten 4 Jahre seines Bestehens».
6. Bericht und Berathung über den im Auftrage des VI. livl. Aerztetages ausgearbeiteten Commissionsentwurf betreffend die Schutzpockenimpfung und deren Organisation in den Landgemeinden.

II. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   - a) «Ueber das ärztliche Berufsgeheimniss» . . . . E. Kiwull.
   - b) «Ueber diaphoretische Curen» . . . C. Dehio.
   - c) «Eine Studie über das Creosot» . . G. Reussner.
   - d) «Darmcatarrh und Darmneurose» . . R. v. Engelhardt.
   - e) «Die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane» . . . A. Schabert.
   - f) «Ein Beitrag zur Heilbarkeit der Blasentuberculose . . . . W. Greiffenhagen.
   - g) «Die Rachitis im Säuglingsalter» . . E. Mey.
2. Verlesung des Protokolls der heutigen Sitzungen.

Freitag den 15. September.

Tagesordnung:

III. Sitzung von 9—12 Uhr Vormittags.

1. Demonstrationen, Krankenvorstellung und kleinere Mittheilungen.
2. Verhandlungen betreffend den Kampf gegen die Syphilis».
   - a) Rückblick über die Thätigkeit und Recapitulation der bisherigen Beschlüsse der livländischen Aerztetage und der auf letzteren gewählten Specialcommissionen betreffend die Bekämpfung der Lues.
   - b) Vorlage eines im Auftrage des vorigjährigen Aerztetages ausgearbeiteten Commissionsentwurfes betreffend den Plan des Kampfes gegen die Verbreitung der Syphilis in Livland.
   - c) Berathung über das mittelst Schreiben der Livländischen Medicinalabtheilung vom 8. August dieses Jahres der Gesellschaft livländischer Aerzte übersandte Programm eines im November 1896 in Petersburg abzuhaltenden Congresses, welchem die Aufgabe gestellt werden soll, einen allgemeinen Plan für den Kampf gegen die Syphilis in ganz Russland auszuarbeiten.
   - d) Schlussberathung der Versammlung über den Plan der Bekämpfung der Syphilis in Livland.

Von 12—3 Uhr gemeinsamer Ausflug der versammelten Aerzte in das Aathal bei Wenden.

IV. Sitzung von 3—7 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   - a) «Ueber die Ursachen des Trachoms» H. v. Krüdener.
   - b) «Heiserkeit» . . . . R. Otto.
   - c) «Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung» . . . . P. Bergengrün.
   - d) «Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena» . . . . R. v. Rimscha.
   - e) «Facialislähmung bei acuter Otitis media und ihre Behandlung» . . . . F. Voss.
2. Verlesung des Protokolls des heutigen Tages.

Sonnabend den 16. September.

Tagesordnung:

V. Sitzung von 9—1 Uhr Vormittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   - a) «Ueber das Selbstbestimmungsrecht der Frau» . . . . L. Kessler.
   - b) «Aphorismen über die Behandlung Geisteskranker» . . . . A. Behr.
   - c) «Hysterie und hysterisches Irresein» E. Sokolowsky.
   - d) «Zur Therapie der Adnexerkrankungen» . . . . G. v. Knorre.
   - e) «Die Laparotomien und Symphyseotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses» . . . M. Treymann.
   - f) «Indicationen bei Uterus-Myomen» . L. Kessler.

VI. Sitzung von 3—6 Uhr Nachmittags.

1. Vorträge und Discussion über folgende Themata:
   - a) «Ueber Blinddarmentzündung» . . . P. Klemm.
   - b) «Die Radicaloperation nicht eingeklemmter Brüche» . . . . W. Greiffenhagen.
   - c) «Ueber Ruhestellung und Entlastung erkrankter Körpertheile» nebst Demonstration von Apparaten . . . . E. Anders.
   - d) «Ueber Spättodesfälle nach Narcose» W. Zoege v. Manteuffel.
2. Berathung über etwa wünschenswerthe Ergänzung der Statuten (conf. § 23 der Statuten.)
3. Verlesung der Protokolle der Sitzungen des heutigen Tages.

Schluss des VII. Aerztetages.

6 Uhr Nachmittags.

Vermischtes.

— Der «Wratsch» erwähnt in seiner Nr. vom 24. August die allen Aerzten der städtischen Hospitäler wohlbekannte Thatsache, dass die ausseretatmässigen Ordinatoren noch immer ihre alte Gage von 50 Rbl. monatlich erhalten, obgleich schon im December vorigen Jahres eine Gagenerhöhung auf 75 Rbl. beschlossen wurde. Dabei bemerkt der «Wratsch», es sei schwer verständlich, dass die Stadtverwaltung sich nicht schäme, die Aerzte in dieser Weise zu exploitiren. — Wir können dem hinzufügen, dass auch die jüngeren und ein Theil der älteren Ordinatoren der städtischen Hospitäler die ihnen laut Dumabeschluss seit dem Januar d. J. zukommende Gagenerhöhung bisher nicht beziehen. Wer in die Frage von der Exploitation der Aerzte eingeweiht ist, muss schon lange auf dem Standpunkt des nil admirari angelangt sein. Interessant wäre es aber immerhin im vorliegenden Fall zu erfahren, wo das assignirte Geld bisher geblieben ist und welche Einflüsse eine ungleiche Gagirung gleicher Posten möglich machen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. August d. J. 6263 (3 wenig. als in d. Vorw.), darunter 616 Typhus — (46 mehr), 681 Syphilis — (47 wenig.), 79 Scharlach — (8 mehr), 43 Diphtherie — (5 mehr), 14 Masern — (3 wenig.), und 3 Pockenkranke — (1 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis 26. August 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
261	243	504	102	58	89	3	6	17	44	50	42	30	38	17	5	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 9, Diphtherie 10, Croup 3, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 7, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 95, Todtgeborene 28.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

ICHTHYOL

Dasselbe wird von Klinikern und vielen Aerzten auf's wärmste empfohlen und steht in Universitäts- sowie städtischen Krankenhäusern in ständigem Gebrauch.

Wissenschaftliche Abhandlungen über ICHTHYOL nebst Receptformeln versendet gratis und franco die

Ichthyol-Gesellschaft, Cordes Hermanni & Co.,

Hamburg. (29) 12—7

Livländischer

Aerztetag in Wenden.

Ersuche die Herrn Collegen, die am VII. livländischen Aerztetag theilzunehmen beabsichtigen, sich bei mir behufs Beschaffung von Wohnungen bald anmelden zu wollen.

Dr. **E. Kiwull,**
Stadtarzt.

Heilanstalt für Nervenkranke

in Cannstatt bei Stuttgart
(Würtemberg).

Ruhige Lage, in nächster Nähe der prächtigen Cursaalanlagen. Garten am Hause. Schön möbl. Zimmer. Salon. Bäder aller Art. Elektricität Massage und Gymnastik Diätetik. Beschränkte Krankenaufnahme Das ganze Jahr geöffnet. Prospecte gratis durch den dirigirenden Arzt.

Dr. med. C. Römer.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

Als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordnet. Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch (83) 10—7

Versandt der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunnen

FURBACH & STRIEBOLL, Salzbrunn in Schlesien

Niederlagen in allen Apotheken u. Mineralwasser-Handlungen

Moderne, mit allen medicinischen Behelfen ausgestattete

PRIVATHEILANSTALT

für chirurgische und interne Kranke,

Wien, Schmidgasse 14 (vormals Dr. Eder)

Vorzügliche Pflege. Mässige Preise.

Auskünfte jeder Art ertheilt bereitwilligst der Eigenthümer und Director

Dr. Julius Fürth.

(103) —3.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(90) 26—5.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien: (104) 1—1

Ueber die Autointoxicationen

des

Intestinaltractus

von Dr. **A. Albu.**

1895. gr. 8. Preis: 5 Mark.

DR. NAVRATIL'S CURANSTALT

„BALLARIA"

in **Arco**, der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols

für Lungen-, Herz-, Nerven-Kranke, Reconvalescenten etc.

Alle Curbehelfe, Prospecte und jegliche Auskunft auf Wunsch.

(102) 6—3.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Amalie Schulze,** Фонтанка № 137, кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Дозв. ценз. Спб. 2 Сентября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge **XII.** Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, 9. (21.) September **1895**

Inhalt: Dr. L. Kessler: Die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus und deren Vorgeschichte. — Referate: Prof. W. Uhthoff (Marburg): Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Josef Fabricius: Ueber Myome und Fibrome des Uterus und deren Einfluss auf die Umgebung. — H. Tappeiner: Lehrbuch der Arzneimittellehre und Verordnungslehre. — W. Loebisch: Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Siebenter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte.

Der siebente Aerztetag wird **in Wenden am 14., 15. und 16. September** dieses Jahres abgehalten werden.

Weitere Anmeldungen zu Vorträgen können nicht mehr Berücksichtigung finden, da das Programm definitiv fixirt ist und die Tagesordnung keinen Raum mehr für Vorträge bietet.

Im Namen des Vorstandes

d. Z. Präses: Dr. H. Truhart — Dorpat.

Die abdominale Totalexstirpation des myomatösen Uterus und deren Vorgeschichte.

(Nach einem in der Dorpater medicinischen Gesellschaft im December 1894 gehaltenen Vortrag, mit Demonstration zweier nach dieser Methode entfernter myom. uteri und Krankenvorstellung.)

Von

Dr. L. Kessler.

Dass er wieder Myome zur Demonstration und Besprechung vorbringt[1]) glaubt Vortragender als entschuldigt ansehen zu dürfen; 1) durch die hervorragende Wichtigkeit, welche unter den gynäkologischen Erkrankungen gerade dieser zukommt nicht nur wegen ihrer grossen Häufigkeit[2]) sondern auch wegen der Schwere der klinischen Erscheinungen, welche sie im Gefolge haben kann und der durch sie gesetzten hohen Beeinträchtigung der Gesundheit und des Wohlbefindens, welche so häufig nicht nur den Specialisten, sondern auch jeden Arzt zwingt, sich für dieselbe zu interessiren; 2) durch den Umstand, dass die Myomoperationen zur Zeit gerade ein hervorragend und allermeist die Fachgenossen beschäftigendes und in der Journalliteratur sowie mündlich auf Congressen etc. viel ventilirtes Thema sind[3]) — Ueber Ovariotomie spricht heutzutage wohl Niemand mehr: ihre Resultate sind seit geraumer Zeit so vorzüglich, dass eine weitere Steigerung ihrer Leistungen kaum denkbar erscheint, nach einer weiteren Verbesserung ihrer Technik kein Bedürfniss vorhanden ist. Ganz anders steht es mit den Myomoperationen: ihre Erfolge mussten bis vor Kurzem, namentlich im Vergleich mit jenen der Ovariotomie, als schlecht bezeichnet werden; selbst zu einer Zeit, als Operateure aus der verschiedensten Herren Ländern bereits Serien von 30—40—50 Ovariotomien ohne Todesfall verzeichnen konnten, verloren nach Myomoperationen auch die besten selbst nach einer bis in die ersten Jahre dieses Decenniums reichenden Statistik noch jede 4. oder 5. Patientin, und nach denen aus den 80-er Jahren sogar jede 3.[4]). Erst in allerneuester Zeit sind — dank der Verbesserungen der Operationsmethoden — die Erfolge ganz wesentlich bessere geworden, und dürfte — bei dem aus den einleitenden Bemerkungen ohne weiteres in die Augen springenden hohen Werth und der praktischen Bedeutung dieser Errungenschaft, auch für die der Sache ferner stehenden es nicht ohne Interesse sein, auf den Entwickelungsgang dieser Operation, wie er von Stufe zu Stufe mit logischer Folgerichtigkeit und Nothwendigkeit sich vollzogen hat, einen Blick zu werfen. Eingehendere Berücksichtigung soll dabei, der Kürze der Zeit wegen, nur dasjenige Verfahren finden, welches in den beiden heute zu demonstrirenden Fällen zur Anwendung gekommen ist, nämlich die abdominale Myomexstirpation (mit Ausschluss der Enucleation).

Die specifische Gefährlichkeit der abdominalen Myomotomie bezeichnete Hofmeier[5]) seiner Zeit gewiss zutreffend als begründet in der dabei ausnahmslos stattfindenden Vereinigung der Gefahren der Laparotomie an sich mit den Gefahren grosser Uteruswunden.

Vielleicht dass dabei die absolute Grösse dieser Wunde weniger in Betracht kommt, als die Qualität des Gewebes in welches diese Wunde gesetzt wird, in der von derjenigen des Ovarialstieles so abweichenden Natur des nach Myomotomie zurückbleibenden Uterusstumpfes. — Gegen die von diesem Stumpf ausgehenden beiden Hauptgefahren: Infection des Peritoneums und Nachblutung, suchte man sich bekannt-

[1]) cf. diese Wochenschrift 1894. Nr. 38.

[2]) Fritsch, die Krankheiten der Frauen. 5. Aufl., giebt an, dass man «fast bei jeder 10. Frau ein oder mehrere Myome im Uterus bei der Section gefunden hat».

[3]) Frommel's Jahresbericht macht für das Jahr 1893 allein 309 über Myome handelnde Publicationen namhaft; der weitaus grösste Theil derselben ist operativen Inhalts.

[4]) Gusserow fand bei einer bis 1886 gehenden Zusammenstellung von 533 Myomotomieen eine Mortalität von 34,8%, Kaltenbach aus 517 Fällen eine solche von 35%; Hofmeier «unter Benutzung der neuesten Veröffentlichungen und Berücksichtigung ausschliesslich der deutschen Operateure» bis 1892 — 23,1%. (Hofmeier, Gynäkolog. Operationen. 1892).

[5]) Hofmeier l. c.

lich dadurch zu sichern, dass man den Stumpf nach aussen leitete, in die Bauchwunde einnähte, um seine Wundfläche ausser Contact mit dem Peritoneum zu setzen und dieselbe stets controliren und offen behandeln zu können (extraperitoneale Stumpfbehandlung); und in der That gelang es Kaltenbach auf diese Weise 18 Fälle hintereinander ohne Todesfall durchzubringen. — Aber ideal war diese Methode gewiss nicht! Durch die dabei unvermeidliche langwierige unreinliche Nachbehandlung des Stumpfes, der sich ja allemal nekrotisch abstossen musste, so wie die durch die schliesslich hinterbleibende sehr breite Narbe gesetzte Disposition zu Bauchwandhernien[6]) etc. konnte dieselbe auch ihren eifrigsten Anhängern oft recht sehr verleidet werden; und das musste selbstverständlich um so peinlicher berühren, je glänzender unterdess bei der Ovariotomie die Erfolge bei einfacher Versenkung des ligirten Stieles, i. e. bei intraperitonealer Behandlung desselben sich gestaltet hatten, je glatter dabei der Verlauf nach der Operation geworden und je mehr schliesslich jede Nachbehandlung dabei in Wegfall gekommen war. Kein Wunder also, dass man daraufhin endlich auch den Uterusstumpf ebenso wie den Ovarialstiel zu versenken versuchte! war es ja doch a priori nicht ausgeschlossen, dass derselbe, wenn seine Wundfläche sorgfältig geschlossen und exact mit Peritoneum übernäht wurde, nicht ebenso reactionslos sich sollte verhalten können, wie derjenige des Ovariums.

Schröder war es, der zuerst für die intraperitoneale Stumpfbehandlung auch bei der Myomotomie mit Entschiedenheit eintrat. Aber obgleich er selbst und bald fast alle hervorragenden Operateure mit ihm ihr Bestes daran setzten, wollte es doch, trotz allen Fortschrittes und Verbesserungen der Technik, durchaus nicht gelingen, auch nur annähernd an die Erfolge der extraperitonealen Methode heranzukommen; eine von Hofmeier[6]) gemachte Zusammenstellung der Operationen von Schröder, Gusserow, Martin, Fritsch, Braun, Hegar Kaltenbach, Landau, Leopold etc. ergab 28 (!) pCt. Mortalität für die intraperitoneale gegenüber 15 pCt. bei der extraperitonealen. Dieses ungünstige Verhältniss konnte nur durch den intraperitoneal liegenden Stumpf verschuldet sein.

Unterdess waren die nach Winter auch von anderen angestellten Untersuchungen über den Keimgehalt der Uterus- und Cervixhöhle bekannt geworden; für den von Myomen durchsetzten Uterus speciell wurde an Martinschem Material von Witte ein besonders reicher Gehalt an pathogenen Coccen nachgewiesen[7]); auf den Uebergang dieser Keime aus dem cavum uteri resp. cervicis aufs Peritoneum während oder nach der Myomotomie jene Infectionen zurückzuführen, schien umsomehr berechtigt, als eine solche Annahme durchaus zu der seit langem schon häufig gemachten Beobachtung stimmte, dass — wie auch Martin für die Enucleation von Myomen angiebt[8]) — nocheinmal so viel Kranke erliegen, wenn dabei die Uterushöhle eröffnet wird, als bei Operationen ohne Eröffnung des Cavum[9]).

2 Wege waren denkbar und sind factisch vom Beginn des laufenden Jahrzehnts an (der eine von Martin sogar schon noch etwas früher) betreten worden, um den bei der abdominalen Myomotomie aus dem Cavum uteri drohenden Gefahren vorzubeugen.

1) Man schloss den Stumpf gänzlich aus der Peritonealhöhle aus, indem man ihn, nach Reduction auf das denkbare Minimum, ganz tief auf den Beckenboden unterhalb des Beckenperitoneums lagerte, welches, vorher von ihm abpräparirt, über ihm exact wieder vereinigt wurde — am besten in der von Chrobak[10]) empfohlenen Weise — folgendermaassen: vor der Absetzung des Uterus werden aus dessen serösem Ueberzug (resp. demjenigen des Tumors) 2 Peritoneallappen gebildet, 1 vorderer und 1 hinterer, «deren einer viel grösser sein muss als der andere»; nachdem dann der Uterus, durch Durchschneidung des Collum ca. 1/2— 1 Cm. über dem Scheidenansatz, abgetragen und diese Schnittfläche versorgt worden ist, werden über ihm die beiden Peritoneallappen vernäht; «da die Lappen ungleich gross sind, so wird der Stumpf durch intactes Peritoneum gedeckt und die Nahtlinie der Serosalappen fällt ausserhalb des Stumpfes»; der Stumpf liegt also sub oder wie Chrobak es nennt: retro-, jedenfalls extraperitoneal. Die etwaigen Secrete des Stumpfes und Peritoneums haben durch den — durch sehr energisches Ausbrennen noch erweiterten — Cervicalcanal freien Abfluss durch die Vagina nach aussen resp. werden durch einen ad hoc eingelegten Jodoformdocht dorthin abgeleitet. — Es ist nicht zu erkennen, dass diese Methode die angestrebten Vorzüge der extraperitonealen mit denjenigen der intraperitonealen Stumpfbehandlung thatsächlich vereinigt.

2) Ganz andere Erwägungen und Gesichtspunkte leiteten Martin zu einem radicaleren Vorgehen: wenn einerseits notorisch vom zurückbleibenden Stumpf aus wesentliche Gefahren drohen, vorzugsweise ihren Ausgang nehmen, — andererseits dieser Stumpf für die Trägerin weiterhin absolut keinen physiologischen Werth mehr hat, weder für die Geschlechtsfunction, noch auch, wie die unzähligen Erfahrungen bei der vaginalen Totalexstirpation zur Genüge erwiesen haben, zur Festigung und Erhöhung der Tragfähigkeit des Beckenbodens (quasi als Schlussstein im Scheidengewölbe) — wozu dann überhaupt diesen Stumpf drin lassen? warum nicht mit dem Tumor resp. uterus auch das ganze collum (incl. portio) mit fortnehmen? — Als einziges stichhaltiges Bedenken schien sich vorläufig dagegen einwenden zu lassen: ob nicht damit eine erhebliche Steigerung der Schwierigkeiten bei der Ausführung und eine dadurch bedingte für die Patientin nachtheilig ins Gewicht fallende Verlängerung der Operationsdauer verbunden sein würden? Bei seiner technischen Meisterschaft durfte Martin den Versuch wagen. Er verfuhr dabei folgendermaassen: Umschneidung der Cervix von der vagina aus; dann nach Bauchschnitt und Hervorwälzung des Tumors: Unterbindung und Durchtrennung der ligg. infundibulo-pelvica und lata. Anlegung einer elastischen Ligatur um's collum; Absetzung des Tumors resp. corpus oberhalb derselben; endlich Excision des Collum aus dem Scheidengewölbe von der Bauchhöhle aus.

Allein auch abgesehen von einigen von Martin selbst schon erkannten Inconvenienzen — u. A. leichter sich verschieben — der elast. Constriction, wodurch Verletzung der Blase begünstigt zu werden schien — haftete dem Verfahren noch der Uebelstand an, dass dabei doch eine Eröffnung der Uterushöhle stattfand, durch welche eine Uebertragung des Inhalts der letzteren auf's Peritoneum unter Operationen immerhin vorkommen konnte, die in manchen Fällen ja wohl ohne nachtheilige Wirkung bleibend, in anderen vielleicht zur Ursache eines verhängnissvollen Ausganges wurde. — Auch diese Eventualität noch zu eliminiren, war Mackenrodt vorbehalten: er unterliess die provisorische Absetzung des Uteruskörpers — damit also auch die Eröffnung der Gebärmutterhöhle — indem er an Stelle der supravaginalen Amputation mit nachfolgender Excision des Collum eine typische glatte abdominale Totalexstirpation des unzerstückelten uterus setzte.

Das von ihm dabei im Anschluss an die Martin'sche Operation eingeschlagene Verfahren erscheint als technisch so vollendet und befriedigend, dass es voraussichtlich für längere Zeit im Wesentlichen maassgebend bleiben dürfte und hält Vortragender daher ein Referat über dasselbe, nach den von Mackenrodt in der Berliner gyn. Gesellsch. darüber gemachten Mittheilungen[11]) am Platz: Beckenhochlagerung; Bauchschnitt; Hervorwälzung des Tumors aus der Bauchhöhle; Unterbindung der ligg. infundib. pelvica; dann, während der vor den Bauchdecken liegende Tumor in die Höhe gezogen gehalten wird: Füllung der Blase mit 1/2 Ltr. aq., um die Conturen derselben deutlich zu markiren; darauf quere Spaltung des Peritoneums im Verlauf der tiefsten Einsenkung der Excav. vesico uterina, genau auf der Grenze zwischen Tumor und Blase, ca. 2 Querfingerbreit; stumpfe Ablösung der Blase bis auf's Scheidengewölbe hinab; Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes durch einen 2 Finger breiten queren Schnitt mit dem Messer von oben (der Bauchhöhle) her. Unter Leitung des durch diese Oeffnung in die vagina eingeführten linken Zeigefigers werden dann «sofort 2 quere Suturen gelegt, welche von dem Peritoneum der Blase durch die Ablösungswunde derselben, durch die Scheidenwand, von der letzteren durch die Ablösungswunde, durch das Peritoneum der Blase geführt und auf dem Peritoneum geknotet werden; (Ein- und Ausstich auf dem periton. der Blase ebenso wie in der Scheidenwand je ca. 1½ Cm. von einander entfernt). Durch diese 2 queren Suturen wird die Blasenablösungswunde versorgt und zugleich das Peritoneum der Blase mit dem vorderen Scheidengewölbe vereinigt». — Entleerung der Blase. — In derselben Weise angelegte (jederseits 3) Suturen binden dann das rechte und linke Scheidengewölbe an das darüber liegende Peritoneum; da dieselben die uterinae mitfassen, so kann darnach das Collum im Bereich der Unterbindungen ohne Blutung aus dem Scheidengewölbe herauspräparirt werden. «Hierauf werden die ligg. infund. pelvica beiderseits durch je 1 quere Sutur an den Rand der Scheidenperitonealöffnung angenäht, dann jederseits das lig. lat. mit Tube und Ovarium diesseits der Anheftung abgetrennt.» Der dadurch ausserordentlich beweglich gewordene, nur noch an seinen hinteren Verbindungen hängende Tumor

---

[6]) Chrobak, Ctrbl, f. Gyn. 1891, p. 170.

[7]) Martin, A. Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten. 3. Aufl. 1893. p. 241.

[8]) Martin. l. c. p. 257.

[9]) Noch ungünstiger stellte sich das Verhältniss aus Schroeder's Resultaten: «von 21 zum Theil recht schwierigen und complicirten Fällen von Myomotomie ohne Eröffnung der Uterushöhle starben nur 2, von 58 mit Eröffnung derselben 18», — i. e. ca. 3mal so viele.

[10]) Chrobak. Ueber Exstirpatio uteri myomatosi abdominalis (Retroperitoneale Stielversorgung). Centrbl. f. Gyn. 1891. Nr. 35.

[11]) cf. Zeitschr. f. Gyn. u. Geb. Bd. XXI. p. 228 ff.

wird nun nach vorn über die Symphyse gezogen und das dabei vortrefflich sich anspannende hintere Scheidengewölbe durch 4 weitere quere Suturen unterbunden und dann durchtrennt. — Damit ist die Auslösung des Uterus vollendet. — Darauf werden sämmtliche Ligaturen in eine per vaginam hinaufgeführte Kornzange gefasst (oder um den Fritsch'schen Scheidenzeiger geschlungen) und durch Zurückziehen dieses Instruments durch die vagina nach aussen geleitet. Dadurch kommen sämmtliche Ligaturen in die Vagina, also extraperitoneal zu liegen und werden auch die Peritoneal- und Scheidenwundränder in die Vagina hineingestülpt; beim Anziehen der Fäden legt sich das Peritoneum des Beckenbodens dicht um die Stümpfe oberhalb der Ligaturen derselben an und wird nun über diesen «das Peritoneum der Blase mit dem des Douglas resp. die vordere mit der hinteren Peritonealwand durch fortlaufenden Catgutfaden vernäht.» Am Schluss der Operation sieht man weiter nichts als eine quer über den Beckenboden verlaufende Catgutnaht — als «einzige Spur des stattgehabten grossen Eingriffes!» — Schliessung der Bauchwunde.

In einigen Fällen hat Mackenrodt vom Douglas aus nach der Scheide hin drainirt (s. u.)

Mackenrodt bezeichnete selbst die Ausführung der Operation als «nicht ganz einfach»; dafür aber ist «die Methode auch den schwierigsten Fällen von Myom mit grösster Sicherheit gewachsen».[12]) Vortragender hat den Eindruck der Richtigkeit dieser Behauptung gewonnen, ausser an anderen Fällen, die er darnach operiren sah, namentlich bei Gelegenheit einer von Martin im letzten Sommer nach ihr ausgeführten Entfernung eines grossen Myoms in einem Fall, in welchem ein an der Spitze der modernen operativen Gynäkologie stehender Fachmann wegen der voraussichtlich enormen Schwierigkeiten und der in Folge der in keiner Weise zu stillenden profusen Blutungen bestehenden Anämie erhöhten Gefährlichkeit des Eingriffs — es handelte sich um die 4. Laparotomie an dieser selben Patientin — die Operation vorzunehmen definitiv abgelehnt und widerrathen hatte.

Um die Vorzüge, welche diese Methode den früher üblichen gegenüber in sich vereinigt, noch einmal ausdrücklich zusammenfassend zu würdigen, glaubt Vortr. folgende Punkte besonders betonen zu sollen:

1) Die grosse Sicherheit vor Blutverlust, da nichts durchschnitten wird, was nicht vorher unterbunden ist, wodurch auch für die durch Blutungen etc. heruntergekommensten Individuen die Chancen für ein glückliches Ueberstehen wesentlich gebessert werden;

2) Die möglichste Sicherung gegen Infection, und zwar sowohl der primären, da die Gebärmutterhöhle nicht eröffnet wird, als auch einer etwaigen secundären, da — «exacte Desinfection der Vagina vorausgesetzt — durchaus kein Gewebe zurückbleibt, welches inficiren könnte» (Chrobak l. c.).

3) Die glatte Reconvalescenz und das Fehlen jeglicher Beschwerden, wie sie bei zurückgelassenem Stumpf öfters als von diesem ausgehend noch längere Zeit hindurch beobachtet werden, auch Chrobak betont (l. c.) dass alle seine Operirten vom 1. Moment an die vollste Euphorie zeigten; «sie glichen durchaus ganz glatten Ovariotomiefällen, obwohl 2 von den Operationen über 2 Stunden gedauert hatten.»

4) «Dass eine Verletzung oder Unterbindung der Ureteren dabei ausgeschlossen ist», weil — im Gegensatz zur vaginalen Totalexstirpation — «durch das Flachziehen des Collum aus dem Beckenboden sich durch die eigenthümliche Anspannung der Uterusverbindungen, in welche die Ureteren eingebettet sind, die letzteren beträchtlich weiter vom Collum entfernen als sie in situ liegen». (Mackenrodt, l. c.).

5) Dass das Verfahren absolut radical ist, und zwar nicht nur bezüglich der vom Myom ausgegangenen Krankheitserscheinungen und Folgezustände, sondern auch bezüglich der Möglichkeit von Recidiven; —

6) Dass dasselbe auch in den technisch schwierigsten Fällen anwendbar und ausreichend ist[13]).

Die heute zu demonstrirenden Präparate entstammen folgenden Fällen: 1) Fräulein K., Gouvernante, 33 Jahre alt; sonst immer gesund gewesen; vor 4 Jahren hatten sich bei der bis dahin immer normal gewesenen Menstruation Schmerzen eingestellt und bald darauf hatte Patientin einen etwa Hühnereigrossen Tumor im Unterleib bemerkt, der während der folgenden Jahre sich nur wenig vergrössert und keine Beschwerden verursacht habe; vom letzten Winter an, in welchem Patientin einen von den ihr anvertrauten Kindern acquirirten, ausserordentlich schweren Keuchhusten (viel Vomiren dabei) durchmachte, wuchs derselbe sehr rasch; zugleich ging die bis dahin noch eingehaltene normale Form des Uterus allmählig in eine unregelmässig höckerige über und stellten sich zugleich Kreuzschmerzen, ein besonders lästiges Gefühl beständiger Aufgetriebenheit, Kurzathmigkeit bei schnellerem Gehen und Steigen und ein Gefühl der Arbeitsunfähigkeit und allgemeiner Abgeschlagenheit ein, so dass Patientin, um wieder erwerbsfähig zu werden, im Mai schon die Operation wünschte. Die Hoffnung, durch Landaufenthalt und Ruhe bei Verwandten das Allgemeinbefinden und die Stimmung zu bessern, schlug fehl; Anfang September obige Beschwerden unvermindert, dazu vermehrte, Patientin auch gesellschaftlich sehr genirende Vorwölbung des Abdomens, namentlich dessen unterer Hälfte; Patientin ist beständig nur mit dem Gedanken und Wunsch der Operation zur Befreiung von ihrem Leiden beschäftigt. — Menstruation ziemlich normal.

Befund: Tumor bis in Nabelhöhe, grossknollig; portio sehr kurz, nur wenig aus der Geschwulstmasse vorragend; der Uterus scheint vollkommen in letztere aufgegangen. Der im Becken liegende Theil des Tumors ist gegen früher sehr in die Breite gewachsen, ein linksseitiger grösserer Knollen desselben weicher als die übrige Masse. Das Hinaufschieben des Tumors aus dem Becken scheint durch einen gegen die Kreuzbeinaushöhlung vorspringenden Theil desselben erschwert, gelingt aber in Narkose.

Patientin ist mit allen ihr vorgehaltenen Consequenzen der Operation einverstanden.

Aethernarkose. Beckenhochlagerung. Bauchschnitt von der Symphyse bis 2 cm über den Nabel. Keine Adhäsionen. Hervorwälzung des Tumors vor die Bauchdecken; die linke Hälfte des Tumors wird durch einen grossen bis in die Cervix hineinreichenden Knollen gebildet, welcher sich fluctuirend anfühlt; der Gedanke an Enucleation wird daher definitiv aufgegeben und die Totalexstirpation nach Mackenrodt ausgeführt, mit geringen Abweichungen: auf die Angabe von

---

[12]) Ebenso sprach sich bezüglich sowohl der Schwierigkeit als der Leistungsfähigkeit Chrobak über die Martin'sche Methode aus; nach den Schwierigkeiten, welche ihm in einem nach dieser operirten Fall zu überwinden gelang, hält er jede Myomotomie für mit diesem Verfahren ausführbar. (Ctrbl. f. Gyn. 91, p. 174 u. p. 714).

[13]) Beiläufig verwahrt sich Vortr. ausdrücklich gegen den aus dieser Hervorhebung der so schwer wiegenden Vorzüge dieser Methode etwa abzuleitenden Verdacht, als ob er damit für eine unterschiedslose Anwendung derselben für alle Uterusmyome plaidiren wollte; für diejenigen Fälle, in denen durch Abtragung oder Enucleation ohne Eröffnung der Höhle ein functionsfähiges Gebärorgan sich erhalten lässt, werden diese conservirenden Methoden — die Enucleation wenigstens in so weit als nicht gar zu schwierige und für den weiteren Verlauf vielleicht ungünstige Wundverhältnisse durch dieselbe gesetzt werden — immer ihr Recht behalten und sind auch bei Gelegenheit des Mackenrodt'schen Vortrages (s. o.) Veit und Martin lebhaft für diese eingetreten, während — was gewiss nicht zu übersehen ist — eine so besonnen urtheilende Autorität wie Hofmeier im Ganzen mehr ablehnend gegen dieselbe sich verhält, indem er darauf hinweist, dass, abgesehen davon dass «der Vortheil, den diese Frauen von der Erhaltung des Uterus haben, meist illusorisch ist, da sie über die Jahre der Fruchtbarkeit fast alle hinweg sind», es doch geradezu bedenklich erscheinen müsse, einen Theil des myomatösen Uterus zurückzulassen, da man doch kaum mit Sicherheit sagen kann, dass es sich in der That nur um einen einzigen oder einige Myomheerde dabei handelt; da Myome fast stets in vielfachen Heerden auftreten, muss für die meisten Fälle diese Annahme geradezu unwahrscheinlich erscheinen». Damit ist die Möglichkeit eines Recidivs gegeben und sind in der That von Martin 2 solche Fälle beobachtet und zum 2. mal myomotomirt worden. Hofmeier scheint «eine einzige derartige Erfahrung doch in hohem Grad gegen die Enucleation zu sprechen: eine Kranke ohne geradezu zwingenden Grund 2mal den Wechselfällen der Myomotomie auszusetzen, sei nicht gerechtfertigt»; — Hofmeier würde daher «dieser Methode nur dann den Vorzug vor einer in Frage kommenden Amputation geben, wenn es sich um junge Frauen handelt, bei welchen die Möglichkeit einer Conception doch nicht ganz ausgeschlossen erscheint» und wenn er sicher überzeugt sein könnte, durch die Enucleation wirklich auch alles krankhafte entfernen, die Eröffnung der Uterushöhle vermeiden oder ausgesprochen einfachere Wundverhältnisse durch die Ausschälung als durch die Amputation sich schaffen zu können; letzteres aber sei durchaus nicht immer der Fall. — Diese Frage ist also offenbar noch nicht abgeschlossen und es kann unter Umständen die Wahl des gegen Myome im gegebenen Fall einzuschlagenden Verfahrens bei dem hier mehr als bei irgend einer andern gynäkol. Operation durchaus nothwendigen Individualisiren zu den schwierigsten Aufgaben des Gynäkologen gehören, das Richtige zu treffen.

Auf die etwa concurrirende Castration wird hier nicht weiter eingegangen; sie muss übrigens an Boden verlieren in dem Maass als in der Literatur die Fälle sich mehren, welche zeigen, dass weder die physiologische noch die artificielle Klimax sicheren Schutz gegen weiteres Wachsthum oder Blutungen bei Myomen bieten.

R ts.ich hin, dass im Allgemeinen die Reconvalescenz und das weitere Befinden der Kranken nach der Operation besser sind, wenn die Ovarien, falls gesund, zurückgelassen werden, werden dieselben nicht mit unterbunden, sondern nach Anlegung einer langen Richelot'schen Klammer dicht an der rechten Kante des Tumors längs jener die Unterbindung des rechten lig. lat. mit starken gekreuzten Seidenligaturen vorgenommen und nach jeder Knotung das dadurch Versorgte — zwischen Klammer und Ligatur durchschnitten; — so nach Anlegung noch einer zweiten geraden Klammer bis aufs Scheidengewölbe herab. (Bei dieser Art des Vorgehens tritt kaum ein Tropfen Blut aus und bleibt das Operationsterrain bis dahin absolut trocken). — Darauf linkerseits ebenso; eine dabei durch Platzen eines frischen sehr blutreichen Follikels entstehende Blutung wird durch isolirte Unterbindung und Abtragung des linken Ovariums am schnellsten beseitigt. — Ablösung der Blase, Auslösung der Cervix etc. nach Mackenrodt; ca. 1½ cm. oberhalb der gleichfalls von der Bauchhöhle aus gelegten Nähte, welche die in die Vagina geleiteten Stümpfe in der Scheiden-Peritonealöffnung befestigen, werden vorderes und hinteres Blatt des Beckenperitoneums durch eine Reihe Knopfnähte nochmals exact mit einander vereinigt. — Schliessung der Bauchwunde in 3 Etagen: Periton. und Fascien mit Catgutknopfnähten, Haut und Fettschicht mit Silkworm. — Jodoformgazestreifen, Gaze-Watte-Polsterverband.

Reconvalescenz ungestört, nur in der linken Seite wird die ersten Monate hindurch über einen mässigen Schmerz geklagt, der genau der Ovarialstumpfstelle entspricht. — Erster Verbandwechsel und Entfernung der Bauchnähte am 13. Tag; aufgestanden am 22. Tag. Nach 6 Wochen stellte Patientin sich wieder vor und wurden die Stumpfligaturen aus dem Scheidengrund entfernt. — Vollkommenes Wohlbefinden.

Demonstration des Präparats. Dasselbe ist durch einen nachträglichen Enucleationsversuch, der sich aber als undurchführbar erwies, etwas zerfetzt. Zwischen den einzelnen Myomknoten Gefässe von auffallend grossem Kaliber. Der erwähnte fluctuirend sich anfühlende Knollen zeigt beginnende Cystenbildung. — Der Uteruskörper ganz von den Myomen umwachsen.

Fall 2. M. F., kleine decrepide 45-jährige Jüdin; seit ca. 25 Jahren steril verheirathet, von ihrem Arzt aus Litthauen zur Operation hergeschickt. Menses vom 14. Lebensjahr an 5–7-tägig in 4-wöchentlichem Typus, in späteren Jahren ganz unregelmässig und sehr stark; nach einjähriger Menopause sind in letzter Zeit wieder atypische Blutungen eingetreten. — Es bestehen Harnbeschwerden, welche weder durch innere Mittel noch durch hier in Dorpat vorgenommene Blasenspülungen haben beseitigt werden können. Urin stets klar, Eiweissfrei. — Vor 6 Jahren hat Patientin eine kleine Geschwulst im Unterleibe bemerkt, die erst in letzter Zeit sich rasch vergrössert habe; dieselbe ragt jetzt bis etwas unterhalb des Nabels, ist unregelmässig knollig, beweglich; ein kleinerer Knollen prominirt aus der vorderen Fläche stark gegen die Mitte der hinteren Wand der Blase. Portio etwas verdickt, sehr kurz. Ut. scheint in die Geschwulstfläche eingebettet.

Operation in derselben Weise wie im Fall 1. Dabei findet sich rechterseits eine Wallnussgrosse Parovarialcyste, deren Entfernung durch Mitwegnahme des Ovariums erleichtert wird; das linke Ovarium wird belassen. — Verlauf post. operat. und Reconvalescenz ungestört.

Demonstration des Tumors: ein ungewöhnlicher Befund hat sich insofern ergeben als bei Aufschneiden des Uterus es sich erweist, dass die Innenflächen der vorderen und hinteren Wand des corpus uteri fest mit einander verklebt sind in derjenigen Ausdehnung, in welcher ein gegen die Corpushöhle hin prominirendes kleinwallnussgrosses Myom der hinteren Wand diese gegen die vordere Wand vorgebaucht und angedrückt hat.[14]) Patientin wird vorgestellt.

Ein Blick auf die Temperatur- und Pulscurven zeigte in beiden Fällen übereinstimmend eine geringe Erhebung in den ersten Tagen, die bei dem gänzlichen Fehlen irgend welcher auf Infection verdächtiger Symptome nur als «Resorptionsfieber» gedeutet werden konnte; dies würde in Uebereinstimmung sein mit Mackenrodt's Beobachtung, dass in den ersten Tagen durch den Drain reichlich Secret abfloss und dass die drainirten Fälle im Ganzen eine bessere Reconvalescenz hatten als die anderen, und mit seiner Annahme, dass gerade nach Myomoperationen das Bauchfell zu lebhafterer Transsudation neige.

[14]) Später angefertigte mikroskop. Schnitte, die in der folg. Sitzung der Gesellschaft vorgelegt wurden, haben ergeben, dass die Schleimhaut der hinteren Wand über diesem Myom vollkommen atrophirt, auf eine ganz dünne Schicht Bindegewebe reducirt ist, weder von Epithel noch von Drüsen ist eine Spur mehr vorhanden; auch an der gegenüberliegenden Fläche der vorderen Wand fehlt das Epithel, die Schleimhaut ist viel dünner als normal resp. als an den von der Veränderung nicht betroffenen Partieen der Uterushöhle, die Drüsengänge sehr kurz, wie plattgedrückt. In der Umgebung der dem Druck ausgesetzt gewesenen Zone findet sich entzündliche Reaction (reichliche, ziemlich kleinzellige Infiltration). — Von anderweitiger Degeneration ist in der Uterushöhle nichts zu finden.

Referate.

Prof. W. Uhthoff (Marburg). Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. II. (klinischer) Theil. 1. Hälfte (A. v. Graefe's Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 3. mit 3 Tafeln.) cfr. diese Wochenschrift 1894. Nr. 43. S. 385.

Die Beobachtungen erstrecken sich auf 100 Fälle von Hirnsyphilis, darunter die 17 zur Section gekommenen, welche im ersten, anatomischen Theil der Arbeit eingehend besprochen wurden. Das Material ist wohl geeignet zur Feststellung der relativen Häufigkeit der Augenstörungen bei syphilitischen Erkrankungen des Gehirns; denn es wurden alle Fälle, wie sie, auch abgesehen von den Augenstörungen, in der Nervenabtheilung der Charité zur Beobachtung kamen, oder zum Zweck einer Augenuntersuchung aus den Nervenpolikliniken in die Augenklinik geschickt wurden, gleichmässig berücksichtigt. Die Diagnose der Gehirnsyphilis war in allen Fällen von neuropathologischer Seite controllirt. Für die klinische Untersuchung waren im Allgemeinen die weniger schweren, nicht zur Section kommenden Fälle von grösserem Werthe, weil von solchen Patienten genauere Angaben zu erhalten waren als von den Schwerkranken. Zum Vergleich mit den eigenen Fällen dienten dem Verf., wie bei der anatomischen Analyse so auch hier, 150 aus der Literatur gesammelte Sectionsfälle von Syphilis des Centralnervensystem's mit Augenstörungen, ferner aber auch zahlreiche in der Literatur niedergelegte Fälle ohne Sectionsbefund.

Die Ergebnisse der ophthalmoskopischen Untersuchung.

Am Sehnerv wurden folgende Veränderungen besonders berücksichtigt: 1) die «typische Stauungspapille», welchen Begriff der Verf. gegenüber der einfachen Neuritis optica entschieden aufrecht erhält; als Characteristicum derselben gilt eine erhebliche steile Prominenz der Papille mit einer Refractionsdifferenz von mindestens 2 Dioptrien zwischen Gipfel der Papille und benachbartem normalem Augenhintergrund (was einer Niveau-Differenz von ca. ⅔ mm. entspricht).

2) Die einfache Neuritis optica (ohne derartige grössere Prominenz) und die neuritische Opticusatrophie.

3) Die einfache atrophische Verfärbung der Papillen, bei der ein neuritischer Ursprung nicht nachweisbar ist; dieselbe kann total oder partiell, vollständig oder unvollständig sein. Endlich kommen noch sonstige ophthalmoskop. Veränderungen in Betracht, welche nicht den Sehnerv direct betreffen und grössten Theils wohl mit der Syphilis, aber nicht direct mit dem Gehirnleiden in Zusammenhang stehen (wie z. B. abgelaufene Chorioiditis etc.).

Die Befunde sind in einer Tabelle zusammengestellt. Es fanden sich:

1) Stauungspapillen, resp. Atrophie nach Stauungspapillen 14 mal, fast stets doppelseitig, nur 1 mal einseitig; 1 mal recidivirend.

(Klinische Diagnose des cerebralen Leidens: Meningitis basalis gummosa 8 mal, eigentliche gummöse Geschwulstbildung in der Schädelhöhle 4 mal, nicht genauer präcisirte intracranielle syphilit. Erkrankung 2 mal).

2) Neuritis optica, resp. neuritische Opticusatrophie 12 mal, 7 mal doppelseitig, 5 mal einseitig.

(Klinische Diagnose des cerebralen Leidens: Meningitis basalis gummosa 5 mal, Arachnitis gummosa der Convexität 1 mal, syphilit. Geschwulstbildung in der hinteren Schädelgrube 1 mal. nicht genauer präcisirte intracranielle syphilit. Erkrankung 5 mal).

3) Einfache atrophische Verfärbung der Papillen 14 mal. 10 mal doppelseitig, 4 mal einseitig.

(Klinische Diagnose des celebralen Leidens: Meningitis basalis gummosa 10 mal, gummöse Geschwulst im linken Schläfenlappen 1 mal, nicht genauer präcisirte intracranielle syphilit. Erkrankung 3 mal).

Sonstige opthalmoskop. Veränderungen (abgelaufene Chorioiditis etc.) in 8 Fällen.

Einen normalen ophthalmoskop. Befund boten 52 Fälle; darunter aber 7 Fälle von Hemianopsie mit negativem ophthalmoskop. Befunde und 3 Fälle, in denen später die Section anatomische Veränderungen an den basalen Opticustheilen

[15]) Im Fall 1 nicht über 38,0; in Fall 2 war die 1. Woche hindurch im rectum gemessen worden und daher das Verhältniss zu den weiterhin der Axelhöhle entnommenen Temperaturen, die ja bei einzelnen Individuen bis zu 1° niedriger sein können als jene, nicht genau festzustellen, anscheinend aber in Uebereinstimmung mit demjenigen im Fall 1.

nachwies, ohne dass intra vitam Sehstörungen oder ophthalmoskop. Veränderungen bestanden hätten.

In 40% aller Fälle von Gehirnsyphilis zeigte also der Augenspiegel Veränderungen an den Sehnerven; im Ganzen aber waren die optischen Leitungsbahnen in 50% aller Fälle in Mitleidenschaft gezogen! Dieses Ergebniss bestätigt die Angaben Fournier's, welcher die Häufigkeit der Opticus-Affection bei Hirnsyphilis hervorhebt.

Dem Auftreten der Stauungspapille lag am häufigsten basale gummöse Meningitis, seltener eigentliche syphilitische Geschwulstbildung zu Grunde. Die Stauungspapille war, mit Ausnahme eines Falles, stets doppelseitig. Unter den in extenso mitgetheilten Krankheitsfällen, ist einer besonders interessant, in welchem nach zweimaligem Auftreten einer typischen doppelseitigen Stauungspapille schliesslich wieder vollständige Restitutio in integrum eintrat (der Fall erinnert hierin lebhaft an den von Prof. Tiling im Verein St. Petersburger Aerzte am 26. April 1894 mitgetheilten, St. Petersb. med. Wochenschrift 1894 p. 346, in welchem die Stauungspapille dreimal auftrat und wieder verschwand. Ref.)

Nachdem Verf. zum Vergleich mit seinen eigenen Beobachtungen die 150 aus der Literatur gesammelten Fälle von Hirnsyphilis mit Augenstörungen herangezogen, gelangt er zu folgenden Schlüssen:

Typische Stauungspapille kommt bei Hirnsyphilis in ca. 12% der Fälle zur Beobachtung.

Die Affection ist fast stets doppelseitig, nur in ganz seltenen Fällen einseitig, und weist dann in der Regel diese Einseitigkeit auf eine gleichzeitige gummöse Erkrankung des betreffenden Opticus-Stammes, resp. seiner Scheiden hin.

Am häufigsten liegt eine Entwickelung eigentlicher gummöser Geschwülste in der Schädelhöhle dem Auftreten der Stauungspapillen zu Grunde. In zweiter Linie kommt die basale gummöse Meningitis in Betracht.

In seltenen Fällen kommt es vor, dass Stauungspapillen lediglich auf Grundlage syphilitischer Erkrankung der Hirngefässe mit secundären Erweichungsprocessen im Gehirn entstehen.

Ganz vereinzelt kann bei Hirnsyphilis gleichzeitig bestehende Periostitis orbitae syphilitica den Anlass für die Entwicklung der Stauungspapillen bilden.

Die Stauungspapillen bei Hirnsyphilis können zurückgehen, ohne wesentliche Veränderungen zu hinterlassen. Eventuell kann eine atrophische Verfärbung der Papillen zurückbleiben, trotzdem das Sehen aber wieder relativ normal werden.

In seltenen Fällen kann es bei Hirnsyphilis zu einem Recidiv der Stauungspapillen kommen.

Dass Hydrocephalus auf syphilitischer Grundlage, ohne anderweitige intracranielle syphilitische Veränderungen, Anlass zu Stauungspapillen geben kann, ist bisher nicht sicher nachgewiesen.

Eine primäre typische Stauungspapille auf Grundlage von Syphilis, ohne cerebrale Erscheinungen kommt gelegentlich vor, dieselbe muss aber als eine seltene Erscheinung angesehen werden, und sind derartige Fälle immer sehr suspect auf zur Zeit symptomlose, aber doch vorhandene complicirende intracranielle syphilitische Veränderungen.

Einfache Neuritis optica (ohne Schwellung der Papille) resp. neuritische Opticus-Atrophie fand sich nahezu ebenso häufig wie die eigentliche Stauungspapille, und dabei öfter einseitig. Am häufigsten war basale gummöse Meningitis die Ursache. Die entzündlichen Veränderungen an den Papillen waren zum Theil nur geringfügig und schnell vorübergehend, trotz hochgradiger Sehstörung. Die Neuritis erwies sich oft als eine descendirende, wobei die Veränderungen im Opticus-Stamm in der Richtung zum Bulbus hin an Intensität abnehmen. «Es ist somit bei dem ophthalmoskop. Befunde einer Neuritis optica bei Hirnsyphilis sehr oft nicht statthaft, aus der Intensität der ophthalmoskop. Veränderungen einen directen Rückschluss auf die Höhe der anatomischen Veränderungen im Opticus-Stamm zu machen, namentlich wenn diese Veränderungen weit zurück, etwa an der Schädelbasis liegen.» Die in der Literatur vorhandenen Befunde stimmen im Wesentlichen mit des Verf. eigenen Beobachtungen überein. In einem Theil der Fälle tritt die ophthalmoskop. sichtbare Neuritis optica an der Papille jedenfalls auf dem Wege einer eigentlichen descendirenden Neuritis oder Perineuritis von der Schädelhöhle aus ein («Neuritis resp. Perineuritis descendens» im Sinne v. Graefe's). Sie unterscheidet sich von der Stauungspapille durch die rapide Abnahme der Sehschärfe, die häufigere Einseitigkeit des Processes, die geringere Schwellung und die schon frühzeitige grauweisse, an Atrophie erinnernde Färbung der Papille (R. Blessig 1875). Einfache Neuritis optica kann, wenn auch selten, auch primär auf Grundlage von Syphilis, ohne Complication mit sonstigen syphilitischen Gehirn- und Orbital-Veränderungen auftreten.

Einfache Opticus-Atrophie, d. h. einfache atrophische Verfärbung der Papillen, ohne entzündliche Veränderungen an denselben, wurde ungefähr ebenso häufig beobachtet wie Stauungspapille und Neuritis. Der Befund war meist doppelseitig, die Papillen waren dabei meist in ganzer Ausdehnung atrophisch verfärbt. In den Fällen, welche zur Autopsie kamen, konnte stets nachgewiesen werden, dass die Atrophie secundär, durch weiter zurück im Opticus-Stamm sich abspielende Neuritis resp. Perineuritis bedingt war. Auch in den übrigen Fällen konnte aus der Eigenart der Functionsstörungen geschlossen werden, dass es sich nicht um primäre einfache graue Sehnerven-Degeneration (wie etwa bei Tabes oder Paralyse) handelte. Das Vorkommen einer solchen bei Hirnsyphilis wird weder durch Verfassers eigene Beobachtungen noch auch durch die in der Literatur vorhandenen Fälle bewiesen.

Von sonstigen Veränderungen am Augenhintergrunde und an den übrigen Theilen des Auges wurden gelegentlich Residuen vorhergegangener syphilitischer Entzündungsprocesse angetroffen (Iritis, Chorioïditis etc.). Dass solche Complicationen nur sehr selten gefunden wurden, steht in Einklang mit der Angabe mancher Autoren, dass gerade die Syphilis des Centralnervensystems nicht selten ohne voraufgegangene secundäre Erscheinungen auftritt. Hervorzuheben ist noch, dass — sowohl nach den Beobachtungen des Verf. als auch nach der zum Vergleich herangezogenen Casuistik - ophthalmoskopisch sichtbare pathologische Veränderungen an den Netzhautgefässen fast gar nicht vorkommen, im Gegensatz zu der sehr häufigen syphilitischen Veränderung der Gehirnarterien (Heubel). Verf. meint daher dem Verhalten der Netzhautgefässe keine wesentliche Bedeutung für die Diagnose und Prognose der Hirnsyphilis zusprechen zu dürfen. Blessig.

(Fortsetzung folgt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Josef Fabricius: Ueber Myome und Fibrome des Uterus und deren Einfluss auf die Umgebung. 1895. Wien und Leipzig. W. Braumüller.

Vorwiegend bespricht Verf. Dislocationen und Complicationen von Seiten der Nachbar- und anderer Organe, welche mit einer grösseren Volumszunahme eines Myoms verbunden sind und letztere nachtheilig beeinflussen. Bisweilen stellen sich schon frühzeitig Circulationsstörungen ein, welche sich durch das Auftreten von Haemorrhoidalbeschwerden kundgeben und secundär bei stärker ausgebildeten Stauungserscheinungen zu Thrombenbildung in den unteren Extremitäten und eventuell zu Embolien führen können. Je nach der Lage und Entwickelung des Myoms treten Beschwerden bei der Urinentleerung ein, besonders bei Cervixmyomen durch Druck auf den Blasenhals, auch Ureterencompression mit secundärer Bildung von Hydronephrose wird beobachtet. Bei rasch sich vergrössernden Tumoren kann die Herzthätigkeit in Folge hochgradiger Verfettung und brauner Atrophie des Herzens erlahmen. Am häufigsten finden sich Veränderungen in dem Endometrium und den Tuben. F. untersuchte an der Hand von 42 an der Chrobakschen Klinik operirten Myomen die Structurverhältnisse und mikroskopisch die Schleimhaut der Tuben und fand unter 42 Fällen nur bei 16 Tubenpaaren bei mikroskopischer und bei einem bei makroskopischer Besichtigung normale Verhältnisse vor.

Die Tubenlänge betrug minimum 6, maximum 23 Ctm. Die pathologischen Veränderungen der Tubenschleimhaut waren mannigfache. Bald handelte es sich um eine einfache Endosalpingitis (Mucinniederschläge zwischen den Schleimhautfalten, im Absterben begriffene Epithelien, Anhäufung von Rundzellen und sero-fibrinöse Exsudation in den gequollenen Zotten), bald um eine Salpingitis follicularis (Bildung von mit Cylinderepithel bekleideten Cystenräumen durch Verwachsung von der Tubenschleimhaut abgehender Fältchen mit den benachbarten entstanden). Mehr oder weniger häufig betheiligt sich die Tubenwand an der Veränderung der Schleimhaut, in diesem Fall ist die Wand durch chronisch interstitielle Processe verdickt, mit Infiltraten durchsetzt und das Muskelgewebe durch neugebildetes Bindegewebe sichtlich verdrängt. Lingen.

H. Tappeiner: Lehrbuch der Arzneimittellehre und Verordnungslehre. — Leipzig 1895, Verl. v. F. C. W. Vogel. 302 pag. Zweite Auflage.

Die Absicht Verfassers geht dahin, «eine practische auf wissenschaftliche Untersuchungen gestützte Arzneimittellehre» zu geben. Dem therapeutischen Theil ist ein verhältnissmässig grosser Raum gewidmet, während die experimentelle Pharmacologie nur in soweit berücksichtigt wird, als die Ergebnisse derselben zur Vervollständigung des Wirkungsbildes eines Arzneimittels nothwendig sind. Die Eintheilung des Stoffes ist vornehmlich nach dem therapeutischen System vorgenommen, d. h. nach den Wirkungen der Mittel bei der Anwendung bei bestimmten Krankheiten. Der erste Abschnitt behandelt die allgemeine Arzneimittel- und Verordnungslehre dann folgt der specielle Theil. Jede einzelne Gruppe wird zuerst in allgemeinen Zügen in Bezug auf ihre Wirkungsweise besprochen,

worauf die Aufzählung und nähere Betrachtung jedes einzelnen Mittels mit Angabe der Abkunft, Indication, Dosirung, Maximaldosis, event. eintretender Vergiftungssymptome etc. folgt, mit Hinzufügung einiger Receptformeln. Alle diejenigen Arzneimittel werden füglich mit Schweigen übergangen, die in neuester Zeit den medicinischen Markt überfluthen und sich in Annoncen und Reclamen breit machen, für die Praxis aber von zweifelhafter Bedeutung sind. Dagegen werden manche Arzneimittel vermisst, welche sich doch bereits in der practischen Medicin mehr oder weniger eingebürgert und therapeutische Verwendung gefunden haben und selbst in einem kurz abgefassten Lehrbuch der Arzneimittellehre wenigstens erwähnt zu werden verdienten, so z. B. das Chin. valer., Chin. brom., Lactophenin, Dermatol, Migränin u. A. — Im Anhang findet sich ein kurzer Abriss über die Gewebssäfte als Arzneimittel. Lingen.

W. Loebisch: Die neueren Arzneimittel in ihrer Anwendung und Wirkung. — Wien und Leipzig 1895. Verlag v. Urban und Schwarzenberg. 4. Auflage. 416 pag.

Dieses Buch verfolgt den Zweck, den Arzt über den chemischen Bau und die Natur eines ihm dargebotenen neuen Arzneimittels zu instruiren. Die durch die Fortschritte der chemischen Synthese geförderte Pharmacologie arbeitet rastlos an der Darstellung von Arzneikörpern, welche für die Therapie nutzbar gemacht werden sollen. Die vierte Auflage behandelt die in den letzten sieben Jahren chemisch dargestellten Arzneimittel, unter denen einige, wie das Phenacetin, Salipyrin, Antipyrin als bereits alt bewährte Heilmittel in neuer Bearbeitung figuriren; alle anderen sind mit wenigen Ausnahmen neueren und neuesten Datums. Will man also des Näheren über eines der allermodernsten Arzneimittel belehrt sein, so findet man hier den gewünschten Aufschluss. Manche von den besprochenen Arzneikörpern wie Lysol, Dermatol, Trional, Guajacol spielen in dem Arzneischatz der modernen Therapie eine gewisse Rolle oder werden in Kliniken an grösserem Material nachgeprüft, andere aber sind Ref. selbst dem Namen nach nicht bekannt gewesen.

Am ausführlichsten ist bei der Besprechung eines jeden Arzneikörpers die chemische Natur desselben: Darstellung, Ableitung und Formel, Reaction, Nachweis von Verunreinigungen etc. abgehandelt, im Anschluss daran die Anwendungsweise und die bisherigen Erfahrungen angegeben. Um aus der Menge (116 Präparate werden besprochen) beliebig einige herauszugreifen, liesse sich Salacetol, Salophen, Analgen, Asaprol, Piperazin, Tannigen, Sozojodol, Alumnol etc. nennen.

Dieses Buch wird also Jedem, der sich über eines der neueren Arzneimittel orientiren will, die gewünschte Auskunft geben. Lingen.

Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 20. März 1895.

1) Dr. Lunin hält einen zur Veröffentlichung bestimmten Vortrag über 2 Fälle von malignen Tumoren (Fibromyxosarcomen) des Nasenrachenraumes im Kindesalter (von 3 und 5 Jahren) mit Demonstration der makroskopischen Präparate.

2) Dr. Otto Thilo (als Gast), Leiter einer orthopädischen Anstalt in Riga, legt einige von ihm ersonnene Apparate vor, die seit einer längeren Reihe von Jahren in seiner Anstalt zur Verwendung gelangen.

Ein Theil dieser Vorrichtungen dient dazu, um durch planmässige Bewegungen versteifte Gelenke und geschwächte Muskeln wieder leistungsfähig zu machen, der andere Theil wird angewandt, um durch dauernde Ruhe (Immobilisation) entzündliche Vorgänge und fehlerhafte Stellungen der Gliedmassen zu beseitigen. Ref. weist darauf hin, dass die Behandlung durch Ruhe eine wohlausgebildete und allgemein anerkannte sei, während die Bewegungskuren in den ärztlichen Kreisen noch nicht sehr viel Beifall gefunden hätten. Die Schuld hieran trage der empirische Charakter der Bewegungskuren und der Mangel feststehender Gesetze über ihre Wirkungen und Verwendungen. Ref. versucht es anzudeuten, wie mit Hilfe genauer Kraft- und Zeitbestimmungen derartige Gesetze hergeleitet werden könnten und legt hierbei einige Apparate vor, die er seit einer längeren Reihe von Jahren zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten verwendet. Da diese Vorrichtungen zum Theil in verschiedenen Zeitschriften beschrieben sind, zum Theil in der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift veröffentlicht werden sollen, so folgt hier nur ein Verzeichniss derselben nebst Angabe der Zeitschriften, in welchen ihre Beschreibungen enthalten sind.

I. Apparate für active Bewegungen:

1) Apparat für Fingergymnastik (im Druck in der Deutsch. medicinischen Wochenschrift).

2) Für die activen Bewegungen der übrigen Gliedmassen werden Gewichtzüge empfohlen, die bei geeigneter Verwendung eine ähnliche Abnahme der Widerstände gewähren, wie die Zanderapparate. Genaueres hierüber erscheint demnächst in der St. Petersb. med. Wochenschrift.

II. Apparate für passive Bewegungen bei Gelenkversteifungen. Das freie Ende der Gliedmasse wird mit einem Gewichte belastet und mit Hilfe eines Rollenzuges durch die Hand des Patienten oder durch eine Tretvorrichtung in Bewegung gesetzt.

Vorgelegt wird eine Reihe von Vorrichtungen, mit denen passive Bewegungen der Finger, der Hand, des Fusses und des Kniegelenkes vorgenommen werden können. Auch für die Bewegungen des Hüft- und Schultergelenkes gelangen nach des Ref. Angabe ähnliche Vorrichtungen in seiner Anstalt zur Verwendung, die den Patienten in den Stand setzen, stundenlang schmerzlose Bewegungen an seinen versteiften Gelenken vorzunehmen. Diese bisher noch nicht veröffentlichten Vorrichtungen sollen gleichfalls in der St. Petersb. medic. Wochenschr. detaillirt beschrieben werden.

III. Streck- und Stützvorrichtungen.

Die Grundsätze, nach welchen diese Apparate hergestellt werden, sind zum Theil in der illustr. Monatsschrift für ärztliche Polytechnik. Februar 1895 in einer Arbeit des Ref. wiedergegeben, die den Titel führt: «Riemenschweben an Stelle der Polster». Es sind nämlich an Stelle der Polster Riemenschweben angebracht, wie man sie am Sitze der Velocipede findet. Vorgelegt werden folgende Apparate, die mit derartigen Riemenschweben versehen sind: Eine Krücke, zwei Schienen zur Streckung von Winkelstellungen des Kniegelenkes und eine Schiene zur Beseitigung des Klumpfusses.

Von Sohlenvorrichtungen werden folgende vorgelegt:

1) Eine sogenannte breite Sohle zur Behandlung von Verstauchungen des Fussgelenkes (siehe Illustr. Monatsschr. für ärztliche Polyt. April 1893.)

2) Eine Einschubsohle zur Geradrichtung der Zehen (Hoffa's Zeitschr. f. orthop. Chirurgie. Im Druck.)

3) Eine Sohlenerhöhung zum Ausgleich von Längenunterschieden der Beine, wie sie durch ungleiches Wachsthum, Verletzungen u. s. w. entstehen (Langenbecks Archiv, April 1895.) (Autoreferat.)

Die Mehrzahl der Anwesenden, besonders die Chirurgen, sprechen sich sehr anerkennend über die zahlreichen vorgelegten Apparate aus.

Dr. Anders theilt mit, dass er sich in einem Falle seiner Praxis gleichfalls von der Wirksamkeit der Thilo'schen Apparate überzeugt habe.

Dr. Masing hält die vorgelegten Apparate gleichfalls für sehr gut, namentlich im Hinblicke darauf, dass durch dieselben die Massagisten gespart und dadurch die Behandlung verallgemeinert und verbilligt werden könne.

Dr. Selenkoff sieht das Wichtigste im heutigen Vortrage in der Behandlung mit den Widerstandsbewegungen. Er hat dieselben auch schon frühzeitig geübt, ohne sich jedoch einen besonderen Plan ausgearbeitet zu haben. In einem Falle seiner Praxis hat er wenige Tage nach einer Fractur mit Widerstandsbewegungen begonnen und dadurch ein gutes brauchbares Gelenk erzielt. Er erkennt besonders die classische Einfachheit der Apparate Thilos an, wodurch sie sich vortheilhaft vor den Zander'schen Apparaten auszeichnen.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Sitzung vom 17. April 1895.

1. Dr. Westphalen berichtet über einen schweren Fall von Splanchnoptose, dieser ihren Symptomen nach schon längst bekannten Krankheit, welche früher unter den Namen der Hysterie geworfen wurde, von welcher dann Prof. Glénard in Lyon nachwies, dass sie auf anatomischen Veränderungen beruhe, worauf sie von Prof. Ewald Splanchnoptose benannt, von den anderen Collegen der Unterernährung zugeschrieben wurde. Diese Patienten klagen über verschiedene Beschwerden, namentlich in der Digestionssphaere. Alles, was den Magen stärker beschwert, namentlich Flüssigkeiten, erhöhen die Beschwerden. Charakteristisch für diese Erkrankung ist das Aufstossen von Luft ohne jeden Geschmack. Es bestehen Schmerzpunkte im Magen. Es äussern sich Darmbeschwerden in Form der s. g. spastischen oder nervösen Obstipation mit Entleerung von dünnen bandartigen Massen, weil der Darm stellenweise verengt, stellenweise verbreitert ist. Es stellen sich Kopfschmerzen ein, besonders am Morgen, sowie neurasthenische Arhythmie des Herzens; ferner die objectiven Kennzeichen der Neurasthenie im Allgemeinen, wie Druckempfindlichkeit der Nerven, namentlich des Ganglion solare, und globusartige Erscheinungen, schliesslich Tiefstand der Bauchorgane-Splanchnoptose. Hierbei ist der Tiefstand des Magens wohl zu unterscheiden von Magenerweiterung. Wenn man den Patienten Wasser trinken lässt und horizontal lagert, findet man in Fällen von Magenerweiterung, dass das Plätschern am Proc. xyphoides beginnt und etwa bis zum Nabel reicht. Bei Gastroptose hingegen beginnt das Plätschern erst circa eine Handbreite unter dem Proc. xyphoides. Mit

derselben kann ein leichterer Grad von Myasthenie des Magens verbunden sein, wo der letztere selbst 7 Stunden nach dem Mittagessen noch nicht leer anzutreffen ist. In selteneren Fällen kommt es jedoch auch zum zweiten Grade der Myasthenie, wo die Speisen noch bis zum nächsten Morgen im Magen verbleiben. Die Schwächung der Magenmusculatur, die ihren Grund in der Myasthenie hat, kann andererseits durch die Gastroptose noch gesteigert werden. Auch die Nieren, namentlich die rechte, können ptotisch werden und unterscheidet man nach Ewald vier verschiedene Grade der Beweglichkeit derselben, wobei es dahin gestellt bleibt, ob die Nieren nicht schon im normalen Zustande beweglich, respiratorisch verschiebbar sind. Die Leber ist gleichfalls oft verschiebbar, sehr selten dagegen die Milz. Das Colon transversum kann bogenförmig oder mit M förmiger Schlinge nach unten gelagert sein. Die Therapie dieses Leidens besteht in geeigneter Ernährung durch Kohlenhydrate und namentlich Fette. Der dadurch erzielte Fettabsatz in der Kapsel der Nieren, sowie in dem Bauchraum bewirkt oft Besserung des Leidens. Bandagen, welche die Unterleibsorgane wieder in ihre normale Lage in die Höhe rücken könnten, sind sehr schwierig zu construiren. Ref. legt ein starkes Keilkissen am Unterleibe an, welches durch die Bandage in den Leib hineingedrückt werden kann. Ob der gewünschte Effect erreicht ist, ist leicht zu controlliren, wenn man den Patienten ein Glas Wasser in einem Zuge austrinken lässt, was von einem ptotisch erkrankten Patienten nur allmählich geschehen kann.

Der vom Ref. mitgetheilte Fall betrifft eine 42 Jahre alte Dame aus intelligenten Kreisen, welche seit 20 Jahren krank war. Nach ihrer Angabe soll die ganze Erkrankung mit einer Paratyphlitis begonnen haben, zu welcher sich dann Parametritis und chronische adhaesive Peritonitis hinzugesellten. Ihrer schweren hysterischen Erscheinungen wegen ist Pat. zwei mal in Berlin operirt worden, wobei das erste Mal von Prof. Schroeder das linke Ovarium exstirpirt, die Entfernung des rechten jedoch wegen bedrohlicher Symptome von Seiten der Chloroformnarcose unterlassen werden musste. Durch denselben Umstand wurde Prof. Olshausen bei der zweiten Operation sehr gestört, so dass er nicht ganz sicher gewesen war, ob er das rechte Ovarium vollständig entfernt habe. Jedenfalls dauerte die Menstruation fort, später stellten sich sogar Menorrhagien ein. Ref., welcher die Patientin seit 1890 behandelte, glaubte nach ihren Angaben anatomische Veränderungen voraussetzen zu müssen. Die Nieren, welche schon vorher von Dr. Kernig sehr beweglich befunden waren, wurden vom Ref. im 3. Grade der Beweglichkeit gefunden. Durch eine Bandage gelang es den Zustand zu bessern. Es sollte zur Nierenfixation kommen, der Mann der Pat. zum Glück hinderte es. Durch Bergaufenthalt in der Schweiz und tüchtige Ernährung wurde letztere dann bedeutend gebessert und befand sich bis Ostern 1894 immer in der Ascendenz. Von da ab trat dann wieder Descendenz ein. Herz-, Magen-, Darm- und Nierenbeschwerden wechselten stets ab, doch blickten immer hysterische Beschwerden mit durch. Das Herz bot plötzliche Dilatationen mit Spitzenstoss im 6. Intercostalraume dar. Die Ursache gab ein Mal vielleicht eine Galvanisation des Kopfes, ein anderes Mal Jodgebrauch, gewöhnlich aber Darmbeschwerden. Es bestanden möglicherweise flächenhafte Adhaesionen der Unterleibsorgane, welche jedoch nach anderen Erfahrungen keine Obstipation verursachen. Daher wurde Ref. auf die Neurose des Darmes aufmerksam, namentlich da Pat. zeitweilig an Enteritis membranacea gelitten, und da Ricinusöl, Karlsbader Salz, Oel- und Wasserlavements, sowie besonders Abführmittel, die auf die Muskulatur wirken, nichts erreicht hatten. Der Magen war exquisit tiefstehend, bot schon vor mehreren Jahren das Bild des 2. Grades der Myasthenie. Spülungen schafften keinen besonderen Nutzen. Vom October 1894 wurde die Motilität des Magens immer schlechter. Der Salzsäuregehalt ging von 0,14—0,05% herunter. Wenn Ref. 3 Stunden nach dem Probemittag exprimirte, wurden schauderhaft stinkende Massen entleert, die gar keine Salzsäure, aber Milchsäure und Fettsäure enthielten und unter dem Mikroskope unzählige Bacterien und in Sprossung befindliche Sprosspilze aufwiesen.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Am 5. Febr. a. c. geruhte S. M. der Kaiser den neuen Etat des St. Petersburger Findelhauses zu bestätigen. Laut demselben beträgt die Zahl der am Findelhause angestellten Aerzte (ohne Oberarzt) 22 und zwar: 3 ältere Aerzte (nach früherem Etat ebenso viel), in der VI. (früher VII.) Rangclasse stehend, 6 jüngere Aerzte (früher ebenso viel), in der VII. (früher VIII.) Rangclasse stehend, 3 Assistenzärzte (Interne, das Institut der Assistenzärzte neu eingeführt), in der VIII. Rangclasse stehend und 10 (früher 5) supranumeräre Aerzte, ebenfalls in der VIII. (früher auch in derselben) Rangclasse stehend. Das Institut der sog. «Externe» ist ganz aufgehoben. Endlich besteht, nach dem neuen Etat, eine selbstständige Prosectur, während früher einer der Ordinatoren gleichzeitig auch Prosector war. Der ältere Arzt erhält jährlich 2000 Rbl. (1000 Rbl. Gage[1]) und 1000 Rbl. Gehalt[2])), der jüngere Arzt — 1000 Rbl. (600 Rbl. Gage + 400 Gehalt), der Assistenzarzt 780 Rbl. (300 Gage + 480 Rbl. Gehalt) nebst freier Wohnung, falls die Räumlichkeiten des Hauses dies gestatten, der Prosector — 2000 Rbl. (1000 Rbl. Gage + 1000 Rbl. Gehalt). Die supranumerären Aerzte erhalten keine Gage. Die früheren Gagen betrugen: Der ältere Arzt erhielt 900 Rbl. (450 + 450), der jüngere Arzt 700 Rbl. (350 + 350) und der Prosector, der gleichzeitig auch Ordinator war, erhielt 560 Rbl. Zulage. Die Gage (2500 Rbl. nebst Wohnung) des Oberarztes ist dieselbe geblieben. Desgleichen auch die Gagen der Kreisärzte der Landkreise (окружные врачи) und der Kreisaufseher (окружные надзиратели; meistens auch Aerzte), und zwar erhalten die ersteren im Ganzen jährlich 1480 Rbl. nebst freier Wohnung (beim Lazareth) und die letzteren — 1280 Rbl. ohne Wohnung. Der neue Etat ist am 1. Januar a. c. in Kraft getreten. Der alte Etat datirte sich v. 20. Dec. 1869; er war sonach 25 Jahre in Kraft. N. Etlinger.

— Interessenten machen wir hiermit auf das in dieser № befindliche Inserat des Vereins für ärztliche Fortbildungscurse zu Berlin aufmerksam. Die Leiter der angezeigten Curse sind meist rühmlich bekannte Autoritäten auf ihrem Specialgebiet, denen sich vielleicht auch hiesige Collegen gern anvertrauen werden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. September d. J. 6253 (10 wenig. als in d. Vorw.), darunter 641 Typhus — (25 mehr), 667 Syphilis — (14 wenig.), 78 Scharlach — (1 wen.), 42 Diphtherie — (1 wen.), 21 Masern — (7 mehr), und 3 Pockenkranke — (0 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 27. August bis 2. September 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
288	220	508	106	43	78	12	11	19	49	34	53	48	27	18	7	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 31, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 7, Scharlach 7, Diphtherie 21, Croup 1, Keuchhusten 13, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 51, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 82, Todtgeborene 32.

[1]) жалованье = volle Pension.
[2]) содержаніе.

Дозв. ценз. Спб. 9 Сентября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezü ; ichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, **Petersburger Seite**, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 37 St. Petersburg, 16. (28.) September **1895**

Inhalt: Dr. L. Kessler: Ueber die Wichtigkeit frühzeitiger Erkennung des Gebärmutterkrebses. — Privatdocent N. J Tschistowitsch: Ueber die Ursachen der Verminderung der Menge der Leukocyten im Blut nach Einspritzung verschiedener Substanzen in die Gefässe. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber die Wichtigkeit frühzeitiger Erkennung des Gebärmutterkrebses.

Von

Dr. L. Kessler.

(Vortrag, gehalten auf dem 6. Livländ. Aerztetag).

M. H! Zu einer Besprechung der Wichtigkeit frühzeitiger Erkennung des Gebärmutterkrebses veranlassen mich 2 Fälle, die mir im vorigen Semester in rascher Aufeinanderfolge begegnet sind.

Der erste betraf eine auf dem Lande wohnende Ehstin: ca. 1½ Jahre vorher von einer profusen atypischen Blutung befallen, hatte sie ihren Mann nach Dorpat geschickt, um «Medicin zu holen». Der resp. College hatte wegen des aus der Anamnese geschöpften Verdachtes auf Carcinom ihre sofortige Ueberführung in die Stadt verlangt, der Mann diese bestimmt versprochen und nur gegen die momentane Blutung ein Mittel erbeten, woraufhin Secale verschrieben worden war. Die Blutung hatte aufgehört, die späterhin sich einstellenden Schmerzen hatten so allmählich und langsam sich gesteigert, dass Patientin erst 1½ Jahre nach jener Blutung das vom Manne gegebene Versprechen erfüllte. Das Carcinom reichte jetzt auf der linken Seite bis an die Beckenwand, füllte diese Beckenhälfte fast aus und trieb auch auf der rechten Seite grosse Knollen ins Parametrium hinein; jede Hülfe durch operativen Eingriff war absolut ausgeschlossen, Patientin dem Verderben definitiv verfallen.

Im 2. Falle handelte es sich um eine fast in jeder Beziehung in guten Verhältnissen lebende Frau von 46 Jahren, die gegen Ende des letzten Winters in meiner Sprechstunde erschien; 3 Kinder von 21—13 Jahren. Vor 1 Jahr waren, angeblich nach einem Abort, nachdem schon vor diesem gelegentlich bei der Cohabitation Blutspuren sich gezeigt hatten, unregelmässige anhaltendere Blutungen eingetreten, deren wegen Patientin, nach vergeblichem Gebrauch verschiedener Medicamente, im Sommer 1893 in Dorpat Hülfe suchte; Secale; da die erste Portion desselben wirkungslos, so wird ihr Secale («frisches») aus einer andern Apotheke verschrieben; da auch dieses wirkungslos, so Ausspülungen und Beizungen. Schliesslich war die Kranke mit der ihr vom Arzt gegebenen Beruhigung, dass «die Blutungen ihr nichts schaden würden, da sie längere Zeit keine Kinder mehr gehabt habe», abgereist ohne eine Ahnung davon zu haben, um was es sich bei ihr in Wirklichkeit handelte. Wegen zunehmender Verschlechterung hatte sie sich endlich im December nach Riga gewandt, wo die Diagnose: inoperables Carcinom gestellt und in Narkose (wahrscheinlich durch Kratzen und Brennen) von der Neubildung noch so viel als thunlich entfernt worden war. Durch ihren Mann hatte Patientin bald erfahren, woran sie leide und dann auf eigene Hand sich weiter darüber zu orientiren gewusst, was sie weiter zu erwarten habe und welches Ende ihr bevorstehe. An mich stellte sie nun die stricte Frage: ob sie durch irgend welche, wenn auch gefährliche Operation noch geheilt werden könne? und als ich dies — weil ja zu spät — so schwer es mir wurde, doch schliesslich bestimmt verneinen musste, folgte eine Scene, welche ich nie vergessen werde — ein Ausbruch der Verzweiflung: von Anfang an alles versucht und gethan! und doch keine Hülfe und Rettung vor dem Entsetzlichen![1])

M. H! Ich habe diese 2 Fälle Ihnen auch noch deswegen referiren zu sollen geglaubt, weil es 2 für den Gang und Verlauf einer sehr grossen Zahl der Fälle von Gebärmutterkrebs typische Repräsentanten sind, und

---

[1]) Noch einen 3. Fall, der erst nach diesem Vortrag in meiner Ambulanz zur Beobachtung kam, möchte ich hier nachträglich hinzufügen, weil er uns zugleich die enorme Rapidität vor Augen führt, mit der diese Neubildung gerade bei jugendlichen Individuen wuchern kann, und wie gerade diese Schnelligkeit der Progredienz dann unheilvoll wird:

22-jähriges jüdisches Mädchen von angenehmem und noch frischem, fast blühendem Aussehen, aus Litthauen, — hat vor 3 Monaten sich zum 1. Mal an einen Arzt gewandt wegen Ausflusses. Ordin.: Vaginalausspülungen. 1 Monat später wird ihr von demselben Arzt gerathen, nach Petersburg oder nach Dorpat zu fahren, um sich operiren zu lassen: nach weiteren 4 Wochen wird dieser Rath wiederholt. aber auch dieses mal, ohne der Patientin zu sagen, um was es sich handelt, und so wenig dringlich, dass dieselbe, ohne eine Ahnung von dem periculum in mora, sich noch einen weiteren ganzen Monat Zeit lässt, ehe sie diesen Rath befolgt. Befund jetzt: beständiger blutig-wässrig-eitriger mit Gewebspartikelchen gemischter Ausfluss; die obere Hälfte der Vagina von einer weichen zottig zerfallenen Gewebsmasse ausgefüllt, in welcher portio und Scheidenwandungen nicht mehr zu differenziren sind; die Harnröhre bis ans orific. extern. auf Fingerdicke infiltrirt; Leistendrüsen links bis bohnengross, hart; linksseitige Schenkeldrüsen gleichfalls vergrössert und schmerzhaft. — Ausserdem Schmerzen im Thorax (Lungen) (kein Husten); links über der Clavicula eine klein-taubeneigrosse Drüse. Zweifelsohne also schon Metastasen, welche ebenso unangreifbar waren, wie der primäre Heerd im Genitalapparat es durch die unglückseligen Versäumnisse jetzt bereits geworden war.

zugleich Illustrationen des ursächlichen Moments, welches schuld daran ist, dass auch heute noch, trotz allen Fortschrittes des ärztlichen Wissens und Könnens, ein so entsetzlich hoher Procentsatz dieser mörderischen Krankheit erliegt, nämlich des Umstandes, dass die Krankheit — und zwar entweder von der Patientin, oder aber vom Arzt — nicht rechtzeitig erkannt und gewürdigt und dementsprechend behandelt wird. Wie schwer das aber ins Gewicht fällt, wird Ihnen frappant in die Augen springen, wenn Sie die zwei Thatsachen einander gegenüberstellen: einerseits: dass der Gebärmutterkrebs absolut sicher in seinen ersten Anfängen, meist aber auch in den klinisch schon deutlich erkennbaren Stadien noch, radical heilbar ist, und zwar durch eine Operation, die nur 5% Mortalität, also 95% Genesungen ergiebt, mithin als fast lebenssicher bezeichnet werden kann; — andererseits: dass von dieser selben Krankheit auch heute noch nicht mehr als 7, nach andern ca. 10—15% definitiv geheilt werden, 93—85% dagegen an ihr in elendester Weise zu Grunde gehen.

Die Ermittelung dieses im höchsten Grade traurigen und deprimirenden Verhältnisses ist die Veranlassung gewesen, dass in verschiedenen gynäkologischen Gesellschaften und Publicationen die Frage in Erwägung gezogen worden ist und die humanen Bestrebungen unserer Collegen im Auslande sich darauf gerichtet haben, wie in dieser Beziehung eine Besserung zu erstreben und wie auch diesen ärmsten und bedauerlichsten unter allen gynäkologischen Kranken die glänzenden Errungenschaften der modernen operativen Technik mehr nutzbar gemacht werden könnten.

Sollten wir hinter ihnen zurückbleiben wollen?

Grosse Verdienste in dieser Angelegenheit hat sich Prof. Winter (Berlin) erworben; seit Schroeder's Uebersiedelung nach Berlin dessen Assistent und Mitarbeiter, von Anfang an mit Schroeder aufs lebhafteste für die Carcinomfrage resp. -Therapie interessirt, jetzt seit einer Reihe von Jahren Director der an der königlichen Universitäts-Frauenklinik in Berlin bestehenden Poliklinik, in dieser jeden interessanteren oder zweifelhaften Fall selbst nachuntersuchend, hat er das kolossale in dieser Stellung ihm verfügbare Material dazu benutzt, eine Statistik über jene Frage zu erheben — die einzige zuverlässige, die wir bis jetzt besitzen. Diese wirft so interessante und grelle Lichter auf verschiedene in jene Frage hineingehörige Verhältnisse und redet so viel beredter als jede andere Beweisführung, dass ich es mir nicht versagen kann, Ihnen daraus folgendes hier wiederzugeben [2]):

Es stellten sich vor:

	Carcinom-kranke;	davon operabel:	Total [3]):	aus Berlin allein:
1876—83	811	160	19%	—
1885	127	32	23,5%	25,9%
1887	149	47	28,1%	30,4%
1889	173	49	31,4%	35,8%
1890 (nur einige Mon.)	62	25	37%	46%

In den Provinzen stellen sich die Ziffern also ungünstiger als für Berlin, dem entsprechend auch in Kliniken kleinerer Städte, welche ihr Material vorzugsweise aus der Provinz erhalten. Durchschnittlich, schätzte Winter, werden heutzutage in den grösseren Kliniken höchstens 25% der krebskranken Frauen operirt, 75% also müssen als nicht mehr operabel zurückgewiesen werden.

Diese 25% «operirte» sind aber selbstverständlich nicht identisch mit «geheilt»; erst 5 Jahre nach der Operation haben sie ein Recidiv nicht mehr zu fürchten, und nur 25%, $^1/_4$ der Operirten erreicht dieses glückliche Ende — $^1/_4$ von dem $^1/_4$ sämmtlicher Erkrankten: das sind die eingangs schon genannten ca. 7%.

Die genannten Ziffern gelten zunächst nur für Nord- und Mitteldeutschland, und es wäre natürlich interessant zu wissen, ob anderwärts die Ergebnisse die gleichen sind, oder ob besser oder schlechter?

Ich habe in diesem Sommer Gelegenheit gehabt, in 2 anderen grossen Centren der Krankenbewegung: Paris und London, bei Fachleuten mündlich Erkundigungen darüber einzuziehen; es sind aber gewisse locale Verhältnisse und Einrichtungen (auf welche hier nicht weiter eingegangen werden kann) einer genaueren diesbezüglichen Erhebung durchaus ungünstig, so dass trotz aller Liebenswürdigkeit und entgegenkommendsten Bereitwilligkeit der Collegen auch nur einigermaassen werthige grössere Zahlen dort vorläufig nicht zu gewinnen waren; bei allen einschlägigen Besprechungen gewann ich aber den Eindruck, und wurde es von Einigen strict ausgesprochen, dass der Procentsatz der Operabilität entschieden ungünstiger ist als in Berlin; im Hôpital Broca z. B. wurden (nach mündlicher Mittheilung des 1. Assistenten) die letzten 12 im «Service Pozzi» vorstellig gewordenen Uteruscarcinome sämmtlich bereits nicht mehr operabel befunden; und in London erliess auf Grund ähnlicher Erfahrungen Dr. Herman, einer der geschätztesten dortigen gynäkologischen Chirurgen, an die englischen Collegen einen ähnlichen Aufruf zur Frühdiagnose des Gebärmutterkrebses [4]), wie Prof. Winter an die deutschen.

Mussten die von Winter bezüglich der Operabilität gefundenen Verhältnisszahlen schon an und für sich als absolut ungünstige erscheinen, so wird dies noch mehr hervortreten, wenn Sie diese den entsprechenden für die Carcinome anderer Organe gefundenen gegenüberstellen; selbst die Rectum-Carcinome, die doch allem Anschein nach ebenso ungünstig situirt sein müssten, ergeben nach einer mir von Herrn Prof. Koch aus der Dorpater Chirurg. Klinik freundlichst zur Disposition gestellten Erhebung 75% Operabilität — also das gerade umgekehrte Verhältniss gegenüber den Uteruscarcinomen! Und noch viel auffallender wird's, wenn man sämmtliche in 9 Jahren in dieser Klinik vorgekommene 446 Carcinomfälle zusammenstellt, mit nur 8,5%, und endlich die 328 Lippenkrebse der letzten 22 Jahre mit gar nur 4,2% inoperabler!! — Warum steht's nur mit dem Uteruskrebs so erschreckend schlecht?

Die Erklärung dafür kann, — wenn man die Thatsache im Auge behält, dass jedes Uteruscarcinom in seinen Frühstadien, d. h. so lang es sich noch um eine rein locale Erkrankung handelt und noch keine Propagation in die Umgebung stattgefunden hat, durch Exstirpation sicher radical und dauernd heilbar ist, — nur darin gesucht werden, dass die Kranken zu spät zur Operation kommen.

Dieses aber kann wieder verschiedene Ursachen haben, nämlich 1. die Kranken suchen zu spät ärztliche Hülfe, sie zögern gerade bei dieser Erkrankung oft noch länger als bei Leiden anderer Organe, ehe sie sich entschliessen, sich untersuchen zu lassen. Um zu ermitteln, wie viel auf Rechnung dieses Umstandes zu setzen ist, liess Winter bei 62 aufeinanderfolgenden Krebskranken eine genaue Anamnese aufnehmen; es er-

[2]) Winter, G. Ueber die Frühdiagnose des Uteruskrebses. (Vortrag in d. Berlin. gynäkol. Gesellschaft. am 26. Juni 1891.) Berlin. klin. W. 1891. Nr. 33.

[3]) «Total» = aus Berlin und aus den Provinzen angereiste zusammengenommen.

[4]) Herman, G. Ernest: An Adress on the early diagnosis of Cancers of the Cervix uteri. British medical Journal. 1894. May 12.

gab sich, dass von diesen 62 Frauen als Zeit vom Auftreten der ersten Symptome bis zur ersten Consultation unbenutzt hatten verstreichen lassen:

1 Monat	16 Kranke	7 Monate	1 Kranke
2 »	3 »	8 »	1 »
3 »	8 »	9 »	4 »
4 »	6 »	10 »	2 »
5 »	6 »	11 »	2 »
6 »	5 »	12 »	6 »
	44 Kranke	mehr als 12 Mon.	2 Kranke
			18 Kranke

Wenn sonach die letzten 18 Frauen der Krankheit $^1/_2$ bis über 1 Jahr (!) Zeit zur Entwickelung und Ausbreitung gelassen hatten, so ist kein Zweifel, dass sie — sei es aus Unkenntniss, sei es aus Indolenz, die ja bekanntlich beide in den armen Bevölkerungsschichten ganz unglaublich weit gehen — an ihrem Unglück, an der Unmöglichkeit, ihnen jetzt noch zu helfen, selbst die Schuld tragen; aber von den übrigan 44 — also über 70 % von den 62 — und namentlich den 27 der 3 ersten Monate (= über 40 %) kann das doch nicht mit derselben Bestimmtheit behauptet werden, denn bekanntlich ist das Wachsthum und Fortschreiten der Carcinome in der ersten Zeit oft ein sehr langsames — es ist ein Fall bekannt, in welchem selbst 11 Monate nach Beginn der klinischen Symptome noch eine Radicaloperation möglich war. Im ersten $^1/_4$ Jahr nach dem Auftreten der ersten charakteristischen Erscheinungen werden wohl noch fast alle, im zweiten $^1/_4$ Jahr ein grosser Theil noch radical operabel sein, was einen Procentsatz von ca. 50—60 % noch operabler repräsentiren würde. Wenn dem die vorhin als thatsächlich ermittelte Ziffer von nur 25 % gegenübersteht, so müssen noch andere sehr wesentliche Momente ihre böse Hand im Spiele haben; und die Arbeit Winter's hat uns über einen zweiten solchen dabei leider concurrirenden und sehr schwer in die Wagschale fallenden Factor nicht im Unklaren gelassen: «Von den genannten 62 Frauen holten 47 sich den ersten Rath bei ihren Hausärzten; nur in etwas über die Hälfte der Fälle (26) wurde von diesen auf Grund der Unterleibssymptome die innere Untersuchung sofort vorgenommen, und die Kranken dann, meist mit der richtigen Diagnose, der Klinik zur Operation resp. Consultation überwiesen. In 6 weitern Fällen «wurde die Untersuchung allerdings sofort vorgenommen, die richtige Diagnose aber wahrscheinlich nicht gestellt, sondern die Behandlung mit Aetzmitteln, Ausspülungen und inneren Hämostaticis begonnen.» Von diesen 6, als sie schliesslich doch endlich noch zur Klinik kamen, «war nur 1 noch in operablem Zustande.» — «In den übrigen 15 Fällen aber wurde von den Hausärzten trotz auffallender Unterleibssymptome, trotz Ausflüssen und Blutungen, überhaupt nicht untersucht», ja in mehreren Fällen trotz wiederholter directer Bitten der Kranken um eine innere Untersuchung diese doch nicht vorgenommen, die Kranken zu beruhigen gesucht, der Ausfluss für ungefährlich erklärt, weil nicht übelriechend, oder «mit den Wechseljahren zusammenhängend» etc., bis die Kranken endlich anderweitig consultirten; aber meist war's dann zu spät, — von diesen 15 waren nur 3 noch operabel.

Dies die Erfahrungen in Berlin! — ein trauriges Bild. — Aber, M. H.! sind denn die Berliner Aerzte etwa schlechter als im übrigen Deutschland oder sonstwo? oder steht es irgendwo besser? — Nein, m. H.! peccatur intra muros et extra! Dass dem so ist, müssen wir wohl glauben, wenn Fritsch noch in der neusten Auflage seines Lehrbuches der Frauenkrankheiten von diesem Jahre 1894 (p. 349) an der resp. Stelle ganz allgemeingültig sagen darf: «Nimmt man die Anamnese auf, so ist — nicht zur Ehre unseres Standes! — die Erzählung fast immer folgende: Atypische Blutungen ängstigten die Patientin; der Arzt behandelte mit Acid. Halleri. Secale monatelang! Endlich entschloss er sich zur Untersuchung! Nun wurde die «Wucherung» $^1/_2$ Jahr lang «gebeizt», «geätzt», «lapisirt»! Da alles nichts nützt, erklärt der Arzt den Fall für suspect und salvirt sich dadurch, dass er ihn zu einem Frauenarzt schickt. Dann ist's freilich zu spät! Hoffen wir, dass die jüngere Generation der Aerzte in diesen traurigen Verhältnissen eine Aenderung schafft»! — Und ganz übereinstimmend, vielleicht sogar noch härter spricht sich Schauta aus und schliesst dann mit den bitteren Worten: «bis heute spielt sich, wenn eine Frau mit einer Blutung zu einem Arzte kommt, im Gehirn vieler Aerzte noch ein Reflexvorgang ab, welcher ihn zwingt, ein Recept mit Mutterkorn zu verschreiben. Möge dieser Reflex erlöschen und einem anderen Platz machen, dem Gedanken an die Möglichkeit eines beginnenden und durch die Operation heilbaren Carcinoms»[5]).

M. H.! Die Diagnose des Uteruscarcinoms ist ja in den meisten Fällen nicht besonders schwer; Ihnen allen ist bekannt und geläufig, aus welchen Symptomen und Befunden sie auch in den Anfangsstadien fast ausnahmslos sicher gestellt werden kann. Wenn dies nun erfahrungsgemäss trotzdem häufig nicht rechtzeitig geschieht, so muss man sich doch fragen, woran das liegt? Ich glaube daran, dass in diesen Fällen bei Manchem der Gedanke an Gebärmutterkrebs überhaupt nicht auftaucht, weil bei ihm mit dem Begriff «Krebs» immer noch die Vorstellung eines Symptomencomplexes sich associirt, der bei beginnendem Gebärmutterkrebs durchaus nicht zu sein braucht — im Gegentheil meist fehlt! bei wem erst durch Kachexie, elendes fahles Aussehen, leidenden Gesichtsausdruck, Klagen über Schmerzen, Blutungen, missfarbigen, übelriechenden Ausfluss der Gedanke an ein Carcinom wachgerufen wird, dem werden wahrscheinlich auch, selbst wenn er sofort innerlich untersucht, die vielleicht nur wenig palpablen Veränderungen eines beginnenden (namentlich eines Corpus-) Carcinoms entgehen. Wem dagegen schon der wässrige, seröse oder schon fleischwasserähnliche Ausfluss genügt, um den Fall von vornherein als verdächtig anzusehen, der wird auch durch das vielleicht noch blühende Aussehen der Patientin, durch das noch Fehlen von Schmerzen und Blutung sich nicht irreleiten lassen, wird Digital- und Specularexploration, Probeexcision und Curettement und Mikroskop, eventuell auch Dilatation behufs Austastung von Cervix- und Corpushöhle zu Hülfe nehmen, bis er den perniciösen Heerd gefunden und richtig erkannt und gedeutet. Und sollte er dabei wirklich einmal auf grössere diagnostische Schwierigkeiten stossen, wie sie ja wohl bei den (selteneren) Corpus- und Cervixcarcinomen vorkommen — (freilich dulden aber gerade diese letzteren am wenigsten Zeitverlust, weil sie durch ihr rasches Hineinwuchern in's Ligament am schnellsten die Chancen für die Radicaloperation verschlechtern) — so giebt's ja auch auf dem flachen Lande Collegen, die mit der Gynäkologie sich vertrauter gemacht haben und ihm aushelfen können Im Allgemeinen erfreuen sich — und auch im Ausland wird dies befriedigend anerkannt — die Schüler Dorpats des Rufs, gute gynäkologische Untersucher und Diagnostiker zu sein, um so mehr darf ich Ihnen gegenüber, m. H.!, auf die zuletzt gegebenen Andeutungen mich beschränken; nur noch einmal möchte ich hinweisen auf die cardinale Wichtigkeit des serösen Ausflusses, auf etwa schon vorhandene atypische Blutungen, namentlich in den 40-er Jahren, und ganz besonders auf Blutungen, die sich einstellen, nachdem die Menses längere oder auch nur kürzere Zeit cessirt hatten, vollends wenn die Erkundigung noch ergiebt, dass diese

[5]) Schauta, Prof. Dr. F. Indicationen und Technik der vaginalen Totalexstirpation. (Berlin. Fischer, 1891).

Blutungen durch Anstrengungen, Traumen, insonderheit z. B. durch die Cohabitation herbeigeführt werden. Wer unter diesen Umständen an die Möglichkeit eines sich entwickelnden Uteruscarcinoms nicht denkt und darnach handelt, der begeht nach dem heutigen Stande unserer Wissenschafft allerdings ein Unrecht. Von keinem Nichtspecialisten kann verlangt werden, dass er Uteruscarcinome operirt, von jedem Arzt aber muss gefordert werden, dass er sie zu diagnosticiren versteht, namentlich von den Hausärzten, denn an diese sollen sich die Frauen auch mit allen ihren gynäkologischen Leiden zuerst wenden, und diese sollen auch noch desswegen in der Carcinomdiagnose sicher sein, weil — wie auch schon von Winter hervorgehoben worden ist, — über das weitere Geschick einer an Gebärmutterkrebs Leidenden in den meisten Fällen derjenige Arzt entscheidet, an welchen die Kranke sich zuerst wendet.

Bezüglich des Verhaltens des Arztes dürfte vielleicht ein Punkt noch besondere Erwähnung verdienen: Das Verschreiben von Mutterkorn für Krebsverdächtige, die man nicht zu untersuchen oder unter weiterer Controlle zu behalten Gelegenheit hat[6]). Ob sich's immer vermeiden lässt, weiss ich nicht, aber wer es thut, hat sich darüber klar zu sein, welche Verantwortung er damit auf sich ladet, und dann weiter darnach zu handeln; — principiell falsch ist es jedenfalls! schon zu oft sind die Hämostyptica, wenn. vielleicht ganz unabhängig von ihnen, die Blutung zum Stehen kam, und, wie so oft, spontan eine längere Pause eintrat, zur Klippe geworden, an welcher (wie in meinem Fall I) die Kranken, die ohne das dem Arzt sich hätten stellen müssen, hängen bleiben, bis es zur Radicalhülfe zu spät ist. Wenn alle Aerzte darin consequent einig handeln würden, keiner ununtersuchten Carcinomverdächtigen irgend welche innere Mittel zu verschreiben, so würde sicher ein Procentsatz mehr zur Frühdiagnose resp. Radicaloperation kommen.

M. H.! Nur ein Wort noch über den zuerstgenannten Factor, der viele carcinomkranke Frauen in's Unglück stürzt: ihre eigne Kenntnisslosigkeit oder Indolenz. Letztere ist vielleicht ein Theil des Fluchs der Unbildung, des Verhängnisses, welches überhaupt auf den social ungünstigst gestellten niederen Bevölkerungsschichten lastet; Aufbesserung der Bildung und der socialen Lage überhaupt, Hebung auch diesr Schichten werden Besserung schaffen; — und das liegt leider nicht in unserer Hand.

Aber die zur Zeit noch ziemlich allgemeine Unkenntniss!? Auf den Sturz, von heut auf morgen, werden wir, m. H.!, die freilich auch nicht aus der Welt schaffen. Wenn man aber bedenkt, wie ausserordentlich viel Medicinisches in den letzten 20 Jahren Allgemeingut auch der mittleren Bildungsschichten all überall und auch bei uns zu Lande geworden ist, so scheint mir doch die Hoffnung durchaus nicht ausgeschlossen, dass auch über die uns augenblicklich beschäftigende Frage über kurz oder lang mehr Einsicht ins grosse Publicum gelangen kann; — wenn wir uns ferner vergegenwärtigen, wie bei jedem unglücklich abgelaufenen Krankheitsfall, namentlich wenn das Ende ein so trauriges, oft so widerwärtiges ist wie so oft bei Gebärmutterkrebs, die Details und insonderheit auch das, was dabei von den Aerzten gethan und gesprochen worden ist, weiter colportirt zu werden pflegt, so scheint mir darin ein Weg uns vorgezeichnet zu sein, auf welchem, wenn von allen Collegen jede Gelegenheit dazu consequent und geschickt benutzt würde, bezüglich der Kenntnisse des Gebärmutterkrebses, so weit sie fürs Publicum nothwendig sind, in nicht gar zu langer Zeit ausserordentlich viel erreicht werden könnte.

[6]) cf. Schauta, l. c.

M. H.! Nicht durch Ergebnisse eigener wissenschaftlicher Arbeit und Forschung, sondern durch den starken Eindruck trauriger Erlebnisse der Praxis habe ich mich gedrängt gefühlt, heute Ihre Aufmerksamkeit in Anspruch zu nehmen zu einem Appell an Ihr humanes Interesse an unserer Clientel und in einer Frage, welche die letztere so nahe berührt; ich danke Ihnen, dass Sie an diesem ohnehin so besetzten Tage mir dafür Gehör geschenkt; für das damit gebrachte Opfer an Zeit dürften Sie sich reichlich belohnt erachten, wenn daraus auch nur einer unter diesen bemitleidenswerthesten aller Kranken ein Vortheil erwächst.

Ueber die Ursachen der Verminderung der Menge der Leukocyten im Blut nach Einspritzung verschiedener Substanzen in die Gefässe.

Von

Privatdocent N. J. Tschistowitsch.

Im Anfang der achtziger Jahre zeigten Alexander Schmidt und seine Schüler (Hoffmann[1]), v. Samson-Himmelstjerna[2]), Heyl[3]), Groth[4]) u. A.), dass beim Einspritzen von faulenden Flüssigkeiten, Hämoglobin, Pepsin, Pepton, Eiter und andern Substanzen in die Gefässe von Thieren eine schnelle Verminderung der Menge der Leukocyten im Blut eintritt, welcher darnach gewöhnlich Leukocytose folgt.

In neuester Zeit lenkte diese Erscheinung wieder die Aufmerksamkeit auf sich und wurde der experimentellen Untersuchung von Seiten einer ganzen Reihe von Autoren unterworfen (Werigo[5]), Löwit[6]), Richet[7]), Rieder[8]) Medwedew[9]), Holzmann[10]), E. Botkin[11]), Schulz[12]), Goldscheider und Jacob[13]) u. A.). Durch alle diese Untersuchungen ist es schon festgestellt, dass die typische Veränderung der morphologischen Zusammensetzung des Bluts: anfangs Verarmung an Leukocyten, darauf Leukocytose, durch sehr verschiedene Substanzen hervorgerufen werden kann, sowohl durch gelöste als auch durch in wässerigen Flüssigkeiten suspendirte, z. B. Bakterienproteine, Peptone, Bakterien, in Wasser durch Schütteln vertheilte Carminpartikelchen u. s. w. Bei verschiedenen Infectionen, beim Eindringen von niederen Organismen ins Blut, gelangen in dasselbe zugleich die in der Flüssigkeit suspendirten Mikroben und ihre gelösten Producte und desshalb erlangt die Erforschung der erwähnten Blutveränderungen für uns ein besonderes Interesse. — Trotz der grossen Menge von Arbeiten ist die Erklärung der erwähnten Thatsachen noch nicht festgestellt und zwischen den verschiedenen Autoren herrscht die grösste Meinungsverschiedenheit. In dieser Arbeit werde ich mich auf die Analyse der ersten Phase der Blutveränderungen — die Ursachen der Verminderung der Menge der Leukocyten beschränken.

Alle vorhandenen Erklärungen lassen sich auf zwei zurückführen: die Theorie der Zerstörung der Leukocyten und die Theorie von der Veränderung der Vertheilung der Leukocyten im Gefässsystem.

Die erste Erklärung, die noch von der Schule Al. Schmidt's angenommen wurde, ist in neuester Zeit in die Lehre Prof. Löwit's von der Leukolyse übergegangen und wird von Holzmann, E. Botkin u. A. getheilt.

Diese Theorie basirt aber auf der rein hypothetischen Annahme von der äussersten Unbeständigkeit der Leukocyten. Bei meinen Untersuchungen über die Einwirkung einiger Substanzen, die eine Verminderung der Zahl der Leukocyten im Blut hervorrufen, konnte ich

mich nicht von einer solchen ungeheuren Zerstörbarkeit der letzteren unter dem Einfluss dieser Substanzen überzeugen[14]). Es ist auch schwer mit dieser Theorie die unten zu besprechenden Untersuchungen von Goldscheider und Jacob, Müller und mir in Einklang zu bringen,

Die Lehre welche die Verarmung des Bluts an Leukocyten durch Veränderungen ihrer Vertheilung im Gefässgebiete erklärt, hat viel mehr Thatsachen für sich. Werigo spritzte Bakterienculturen und Carminpulver ins Blut und constatirte dabei, dass die ins Blut eingeführten Partikel von den Leukocyten verschlungen wurden und dass diese letzteren sich in den Capillaren der innern Organe, hauptsächlich der Leber, anhäuften. Werigo spricht den Leukocyten die Rolle activer Vertheidiger des Bluts zu und erklärt die Verarmung des circulirenden Bluts an ihnen durch Anhäufung der mit den fremden Partikeln beladenen Leukocyten in den Capillaren der Leber und andrer Organe. Für eine nothwendige Bedingung dieser Erscheinung hält Werigo das Vorhandensein gerade von suspendirten Partikeln im Blut. Diese Bedingung hat aber garkeine Bedeutung, wie aus den Versuchen mit der Einführung gelöster Peptone und andrer Substanzen ins Blut hervorgeht, denn auch gelöste Substanzen rufen dieselbe typische Reaction hervor: zuerst Verminderung der Zahl der Leukocyten — Hypoleukocytose, dann Vermehrung derselben — Hyperleukocytose.

Rieder zählte die Leukocyten im Blut verschiedener Gefässe und kam zum Schluss dass die Vertheilung der Leukocyten in verschiedenen Abschnitten des Gefässsystems durchaus nicht gleichmässig ist: im Blut der peripherischen Gefässe ist ihre Zahl grösser, in den Venen grösser als in den Arterien. Schulz setzte die Untersuchungen Rieders fort und kam auf Grund vergleichender Zählungen der Leukocyten im Blut aus verschiedenen Gefässen bei Thieren im Stadium der Erhöhung und Verminderung der Zahl der Leukocyten zum Schluss, dass die Hypoleukocytose und Hyperleukocytose nur eine locale Erscheinung darstellen: bei Verarmung des Bluts der peripheren Gefässe an Leukocyten häufen sich diese letzteren in den innern Gefässen an und umgekehrt.

Die Schlussfolgerungen Rieder's und Schulz's stehen in vollem Widerspruch zu den Untersuchungen Löwit's, der immer eine allgemeine Verminderung der Zahl der Leukocyten im Blut der verschiedensten Gefässe nach Einführung der obenerwähnten Substanzen in eine Vene fand.

Zu Gunsten der Theorie von der ungleichmässigen Vertheilung der Leukocyten bei der Hypoleukocytose sprachen sich auch Richet und Héricourt aus. Indem diese Autoren eine Verminderung der Leukocyten nach Einspritzung von Terpentin in's Blut erhielten, erklärten sie diese Erscheinung einerseits durch Contraction der Capillaren, wodurch die Circulation der Leukocyten erschwert wird und andrerseits durch die herabgesetzte Beweglichkeit der weissen Blutkörperchen nach Aufnahme dieser oder jener Substanz.

In neuester Zeit haben Goldscheider und Jacob eine Reihe von Untersuchungen zur Aufklärung der Frage von der Hypo- und Hyperleukocytose unternommen. Diese Autoren erzeugten Veränderungen der Menge der Leukocyten durch Einspritzung von Extracten verschiedener Organe (Milz, Thymus, Knochenmark), Tuberculin, Hemialbumose und anderen Substanzen, zählten darnach die Leukocyten im Blut verschiedener Gefässe und überzeugten sich vom allgemeinen Charakter der Hypo- und Hyperleukocytose. Die entgegengesetzten Resultate Rieder's und Schulz's erklären sie durch ungenügende Anordnung der Versuche. Als eine Hauptquelle der Irrthümer bezeichnen sie in den Versuchen von Rieder und Schulz unter anderem den Umstand, dass das Blut aus den innern Organen von diesen Autoren erst nach dem Tode der Thiere entnommen wurde.

Weiter unternahmen Goldscheider und Jacob eine Reihe mikroskopischer Untersuchungen der Organe von Kaninchen, die in verschiedenen Phasen der Hypo- und Hyperleukocytose getödtet waren, und fanden bei Kaninchen, die im Moment der Verarmung des Blutes an Leukocyten getödtet waren eine Anhäufung der letzteren in den Capillaren der inneren Organe, besonders der Lungen Gestützt auf diese Thatsachen erklären Goldscheider und Jacob die Hypoleukocytose damit, dass die ins Blutgefässsystem eingeführten Substanzen gleichsam die Leukocyten, besonders die mehrkernigen, in die Capillaren treiben, wo sie eine gewisse Zeit zurückgehalten werden.

An die Arbeit von Goldscheider und Jacob schliesst sich die Untersuchung von Müller[15]), die unter Leitung des ersten dieser Autoren gemacht ist.

Müller untersuchte die Organe von Kaninchen in der Periode der Hypoleukocytose, die durch Einspritzung von Culturen des Bacillus pyocyaneus, Diplococcus pneumoniae, Streptococcus, Kartoffelbacillus und von Fäulnissbakterien ins Blut erzeugt war. In seinen Folgerungen schliesst sich Müller der Erklärung der letzten Autoren an.

So geben uns diese histologischen Untersuchungen eine Antwort auf die Frage, wohin die weissen Blutkörperchen gerathen, wenn sie während der Hypoleukocytose aus dem circulirenden Blut verschwinden und entziehen der Theorie von der Leukolyse endgültig den Boden, wenigstens in Bezug auf die Erklärung der Wirkung der von diesen Autoren untersuchten Substanzen.

Aber auch die Erklärung von Goldscheider und Jacob kann wohl kaum befriedigen. Sie geben die ganz unbewiesene Annahme zu, dass die Substanzen, welche eine Hypoleukocytose mit nachfolgender Hyperleukocytose hervorrufen, bei ihrem Eintritt ins Blut die Leukocyten in die Capillaren treiben (negative Chemotaxis?) — «Wenn wir eine mässig starke Dosis injiciren, so wird zunächst die capillarattractive Wirkung auf die Leukocyten erzeugt werden; dieselben werden in die Capillaren gedrängt und darin festgehalten. Allmälig kehrt sich das Verhältniss aber um, die betreffende Substanz hat sich nach geraumer Zeit in der Säftemasse vertheilt und hat ihren hohen Concentrationsgrad und damit ihre abstossende Kraft verloren, sodass sie nunmehr die blutbereitenden Organe zur Ausfuhr theils neuer theils darin zur Abstossung lagernder Elemente anregen kann». *)

Einen weiteren Schritt vorwärts zur Erklärung dieser interessanten Frage finden wir in den Arbeiten der russischen Autoren Winogradow[16]) und Oscheljanski[17]), die unter der Leitung des Privatdocenten N. W. Uskow den Einfluss von localen und allgemeinen Störungen und von Circulationsänderungen auf die morphologische Zusammensetzung des Bluts studirten und die Bedeutung von Veränderungen der physikalischen Circulationsbedingungen für die Vertheilung der Formelemente des Bluts im Gefässsystem aufklärten. Schon Schulz schrieb den physikalischen Bedingungen der Blutcirculation eine grosse Bedeutung zu. So erklärt er die während der Verdauung auftretende Leukocytose durch den verstärkten Uebertritt der gewöhnlich in den Bauchvenen

*) Goldscheider und Jacob, Zeitschr. f. klin. Medicin Bd. 25. p. 439.

angehäuften Leukocyten in den allgemeinen Blutstrom. Dieser Uebertritt wird nach dem genannten Autor durch die Beschleunigung der Blutcirculation in Folge beschleunigter Herzcontractionen bedingt, wobei als Hilfsmoment die Compression der Bauchvenen durch den von der Speise gedehnten Magen-Darmcanal erscheint. Um die Bedeutung der verstärkten Herzaction zu bestätigen, stellte Schulz eine Reihe von Zählungen der Leukocyten an bei Leuten vor und nach geleisteter Muskelarbeit und fand im letzten Fall die Leukocyten vermehrt.

Dr. Winogradow versuchte den Einfluss von Veränderungen des arteriellen Drucks auf die Morphologie des Bluts aufzuklären. Er fand unter Anderem dass die Durchschneidung der Nervi vagi bei narkotisirten Hunden schnell die Zahl der weissen und rothen Blutkörperchen im Blut vermehrt. In Versuchen ohne Narkose wurde nur eine bedeutende Vermehrung der rothen Körperchen bemerkt, die Zahl der weissen wurde im ersten Moment sogar etwas herabgesetzt, dann aber nur unbedeutend erhöht. Den Unterschied der Resultate bei Versuchen mit und ohne Narkose erklärt der Autor durch die starken Schmerzen und die reflectorische Reizung der vasomotorischen Centren bei nicht narkotisirten Hunden.

Bei Reizung des N. ischiadicus erhielt Winogradow eine geringe Verminderung der Zahl der Leukocyten, die Zahl der rothen Blutkörperchen sank zuweilen ein wenig, häufiger aber stieg sie bei Reizung eines sensibeln Nerven. Der Unterschied zwischen den quantitativen Veränderungen der weissen und rothen Blutkörperchen wird durch die Ungleichheit ihrer physikalischen Eigenschaften erklärt. Die specifisch schwereren rothen Blutkörperchen bewegen sich viel rascher, als die weissen, sie gleiten leichter durch und überwinden alle Hindernisse bei Lichtungsänderungen des Strombettes vermöge ihrer geringeren Klebrigkeit und grösseren Elasticität.

Aus den Versuchen von Winogradow geht hervor, dass die Erhöhung des arteriellen Druckes nicht gleichmässig auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes einwirkt, je nachdem diese Drucksteigerung nur von erhöhter Herzthätigkeit oder auch von erhöhten peripherischen Widerständen durch Verengerung der kleinen Arterien abhängt. Im ersten Fall haben wir einen Factor, der die Zahl der rothen und weissen Blutkörperchen vermehrt, im zweiten mit einem entgegengesetzt wirkenden, aber die Wirkung dieses zweiten Momentes (der Verengerung der Arterien) äussert sich deutlich nur auf die weissen Blutkörperchen. — die Zahl der rothen wächst immerhin, wenn auch nicht so bedeutend wie bei Erhöhung der Herzarbeit allein.

Die Vermehrung der Blutkörperchen bei erhöhter Herzthätigkeit erklärt Winogradow mit der Eindickung des Blutes in Folge verstärkter Filtration der flüssigen Bestandtheile durch die Capillarwände bei erhöhtem Druck und mit dem vermehrten Uebergang von Blutkörperchen ins Blut durch Auswaschen der blutbereitenden Organe.

Bei Erniedrigung des arteriellen Druckes in Folge verminderter Herzthätigkeit wurde die Zahl sowohl der rothen als auch besonders der weissen Blutkörperchen herabgesetzt.

Durch die Versuche von Winogradow sind sehr wichtige neue Thatsachen festgestellt worden: die Erhöhung des Gehalts an rothen und weissen Körperchen im circulirenden Blut bei Erhöhung der Triebkraft des Herzens und die entgegengesetzte Wirkung, wenigstens auf die Zahl der weissen Blutkörperchen, der allgemeinen Verengerung der kleinen Arterien, bedingt durch die reflectorische Erregung der vasomotorischen Centren. Wie eine allgemeine Gefässerweiterung wirkt, ist durch Winogradows Versuche nicht festgestellt.

Einen Versuch, den Einfluss einer localen Gefässerweiterung nach Durchschneidung der vasomotorischen Nerven zu erforschen, finden wir bei Dr. Omeljanski.

Nach Durchschneidung des Halssympathicus bei Kaninchen fand Omeljanski bei der Untersuchung des Blutes aus dem Ohr und der Schenkelvene vor und nach der Durchschneidung keine erheblichen Veränderungen der Zahl der Leukocyten. Dasselbe Resultat erhielt er bei Hunden nach Durchschneidung des N. lingualis und hypoglossus bei der Untersuchung des Blutes aus der entsprechenden Zungenhälfte und der Schenkelvene: 30—40 Minuten nach Durchschneidung der vasomotorischen Nerven wurde eine Erhöhung der Zahl der Leukocyten sowohl im Blut der peripheren Gefässe als auch der Schenkelvene beobachtet. Diese geringe Leukocytose war das Resultat der Allgemeinwirkung der Operation (Morphium, Chloroform, Anbinden der Thiere, die Operation selbst etc.).

Während die locale Gefässerweiterung auf die Gesammtzahl der Leukocyten im Blut des hyperämischen Bezirks ohne Wirkung war, zeigte sie dagegen einen Einfluss auf die Menge einzelner Leukocytenarten: die Lymphocyten verminderten sich, die grössern einkernigen Leukocyten dagegen vermehrten sich.

In der letzten Zeit ist noch eine Arbeit von Dr. Ssomakin[18]) veröffentlicht worden, der sich die Nachprüfung der Untersuchungen von Rieder und Schulz zur Aufgabe gemacht hatte.

Durch eine ganze Reihe vergleichender Zählungen der Zahl der Leukocyten im Blut verschiedener, sowohl peripherer als auch innerer Gefässe, kam der Autor, ähnlich Goldscheider und Jacob, zur Ueberzeugung, dass die Vertheilung der Leukocyten, wenigstens in den grossen Gefässen, ziemlich gleichmässig ist. Seine Versuche machte der Autor an Hunden und Kaninchen sowohl im Zustand der Leukocytose als auch der Hypoleukocytose. Die letztere war in einem Versuch bei einem Hunde hervorgerufen durch Einspritzung von Peptonlösung ins Blut, bei den Kaninchen dagegen wurde die postmortale Hypoleukocytose, nach Tödtung durch einen Schlag auf den Nacken, untersucht. Die bei den Kaninchen gefundenen Resultate waren weniger beständig als bei Hunden, da Kaninchen auf verschiedene vasomotorische Einwirkungen reagiren und die Zahl der Leukocyten bei ihnen viel veränderlicher ist als bei Hunden.

(Schluss folgt).

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung vom 17. April 1895.

(Schluss).

Ein solcher Zustand lässt sich nur durch starke Ernährung und Füllung des Darmes bessern. In diesem Falle wirkte jedoch der Magen nicht mehr; es stellte sich Verlust des Schleimes ein, das Körpergewicht sank immer mehr, man musste an Hungertod denken. Da nunmehr nicht nur bei Stenose des Pylorus, sondern auch bei Magenatonie operirt wird, so sollte auch hier zur Gastroenterostomie geschritten werden. Dr. Frankenhäuser, im December consultirt, stimmte bei, ebenso später Prof. Tiling.

Prof. Tiling referirt über die von ihm am 13. April ausgeführte Operation. Da jede der beiden früheren Chloroformnarkosen sehr schlimm verlaufen war, so wurde die Aethernarcose angewandt, welche anstandslos verlief. Da bei der Eröffnung des Abdomens das Netz derbe, unlösbare Adhäsionen darbot, so konnte die Hacker'sche Methode, bei welcher der Darm hinten am Magen angenäht wird und die daher günstigere Bedingungen für den Uebergang des Speisebreies aus dem

Magen in den Darm darbietet, nicht angewandt werden, da sie freies Herausnehmen der Darmschlingen bei freiem Netze beansprucht. Es wurde also nach Wölffler operirt (mit der Hahn'schen Modification, nämlich hart an der grossen Curvatur und in der Nähe des Pylorus, damit die grosse Curvatur weniger abklemmend auf die neuhergestellte Communication wirke, wenn sie sich bei der Füllung des Magens hebt). Nach beendeter Operation hatte Pat. ein paar Mal gebrochen, doch stieg der Puls wieder von 50 auf 70. Wichtig ist für das Schicksal der Gastroenterostomirten gleichfalls nach der Empfehlung Hahn's, möglichst früh den Magen zu spülen, um Stagnation, Zersetzung und Resorption der Wundsecrete zu verhindern. So wurde denn am folgenden Morgen (14. April) gespült, wobei der Mageninhalt stark roch. Von da ab sollte dann täglich drei Mal gespült werden. Am Abend des 14. April Puls normal, 72, Abdomen nicht getrieben, nicht schmerzhaft. Da machte die ungeduldige Patientin in Gegenwart der Aerzte einige unerwartete heftige Bewegungen im Bette, worauf nach 1½ Stunden Erbrechen von fast einem Bierglase voll hellrothen Blutes eintrat, worauf der Puls wieder schlechter wurde. Hydrastinin und Morphium wurden angewandt. Gespült durfte jetzt nicht mehr werden, um keine neue Blutung hervorzurufen. Am folgenden Morgen war Pat. wohl etwas schwächer, aber sah eigentlich nicht darnach aus, dass sie einen grossen Blutverlust erlitten hätte. Am Abend jedoch wurden die Hände kühl, das Abdomen war mässig aufgetrieben und der Puls sehr klein. Da es sich um eine septische Intoxication von Seiten der im Magen zersetzten Blutgerinnsel zu handeln schien, so wurde am Abend wieder gespült, worauf der Puls sich wieder hob. Am nächsten Morgen wurde wieder gespült und eine Besserung des Allgemeinbefindens erzielt, um Mittagszeit hatte die Spülung jedoch nur wenig, am Abend keinen Effect mehr erzielt, und am Morgen des 17. April trat Agonie ein und erfolgte der letale Ausgang.

Die von Dr. Frankenhäuser gemeinschaftlich mit Dr. Westphalen ausgeführte Section ergab ausser Localperitonitis, mit einigen Tropfen Eiter in der Umgebung der Operationswunde, keine allgemeine Peritonitis. Lungen hyperämisch. Herz in systolischem Zustande. Endocard und Muskulatur anatomisch normal. Der Magen zeigte an der Operationsstelle einige Sugillationen, die Schleimhaut atropisch, stellweise croupös-diphtheritisch belegt. Darm stellweise weit, stellweise musculär contrahirt. Nieren stark parenchymatös degenerirt, Flächenförmige Adhäsionen des Uterus an die Blase. Links Fehlen des Lig. latum und Ovarium, rechts Verdickung des Lig. latum. Im rechten Ovarium ein Corpus luteum. Da mit Ausnahme des letzten Abends, an welchem die Temperatur auf 38,5° C. gestiegen war, kein Fieber beobachtet worden, so glaubt Prof. Tiling die Todesursache nicht in einer Infection sondern in septischer Intoxication aus den zersetzten Magenmassen suchen zu müssen, deren Resorption an den Stellen des croupösen Belages und den kleinen Wunden an den Magensuturen wohl vor sich gehen könnte. Die Peritonitis in diesem Falle sicher auszuschliessen, sei ziemlich schwer, aber da die Kapsel der Milz gefaltet befunden worden, so möchte er eine allgemeine Infection ausschliessen.

Dr. Kernig hat bei der Pat. schon im Jahre 1888 einen Spitzenstoss im 6. Intercostalraum constatiren können. Ein gewisser Grad von Intoxication könnte seiner Ansicht nach bei Erkrankung der Muskulatur den Tod herbeiführen, aber bei normaler Muskulatur sei es schwer verständlich. Uebrigens habe man oft unmittelbar nach einer grossen Operation Herzschwäche eintreten gesehen, obgleich vor Beginn derselben das Herz ganz normal erschien. So beeinflusse namentlich die Influenza, wenn bald nach derselben eine grössere Operation an dem betreffenden Individuum ausgeführt werden muss, das Herz sehr schlimm.

Dr. Hirsch ist der Ansicht, dass die septische Infection in diesem Falle nicht völlig auszuschliessen sei, da Fieber vorhanden war. Falls die Pat. länger gelebt hätte, so hätte sich vielleicht das volle Bild der septischen Infection entwickeln können.

Dr. Delacroix meint, dass die Faltung der Milzkapsel noch kein Grund sei, eine Infection auszuschliessen. Er hat dieselbe oft bei unzweifelhaften Infectionskrankheiten während der Section beobachtet, falls erstere, wie bei Abdominaltyphus und Perforationsperitonitis, mit Blähung der Darmschlingen verlaufen. Durch die Blähungen, desgleichen durch die Anlegung des Verbandes nach Operationen in der Bauchhöhle werde ein Druck auf die Organe der Bauchhöhle ausgeübt, welcher hauptsächlich bei der blutreichen Milz zur Geltung komme und häufig vielleicht erst nach eingetretenem Tode, ein Abschwellen derselben mit Faltung der Kapsel bewerkstellige. Ob jedoch eine Infection vorliege oder nicht, lasse sich trotzdem mit mehr weniger Wahrscheinlichkeit durch die Grösse, Consistenz und Färbung des Organes nachweisen, welche letztere bei den einzelnen Infectionskrankheiten sehr verschiedene Nüancen darbiete.

2. Dr. Kernig demonstrirt die Präparate von doppelseitiger polycystischer Nierendegeneration, welche bei der Section der von ihm am 8 Februar 1893 dem Vereine vorgestellten Patientin gewonnen worden (St. Peterb. Med. Wochenschr. 1893 Nr. 34). Die Kranke hatte das erste Mal 13 Monate im Hospitale meist zu Bette zugebracht, sich dann vom Febr. 1894 bis 6. März 1895 wieder ausserhalb des Hospitales bewegt, jedoch nicht gearbeitet. In dieser Zeit war sie von 160 auf 135 Pfund Körpergewicht herabgekommen. Bei ihrem zweiten Eintritt in's Hospital bot die Pat. die Anzeichen der chronischen Uraemie dar. Ab und zu Erbrechen. Die Harnquantität. welche Anfangs gross war, sank später auf 615 Cc. mit 1,010 sp. Gewicht. Es trat tiefes Coma mit tiefgezogenen Respirationen ein. Die Temperatur, im Rectum gemessen, erreichte in den letzten Lebenstagen nur 33,5° C. Tod am 27. März.

Die ausführliche Krankengeschichte und Beschreibung der cystisch entarteten Nieren wird nächstens von Dr. Pendin veröffentlicht werden.

3. Dr. Kernig demonstrirt das Präparat eines Falles von hochgradigem Haematom der Dura mater (Pachymeningitis haemorrhagica interna) welches bei der Section einer in extremis in's Hospital gebrachten Patientin gewonnen worden. Dasselbe stellt ein abgekapseltes Blutgerinnsel von 15 Ctm. Länge dar.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Vermischtes.

— Verstorben. 1) In Helsingfors der Inspector des finnländischen militär-medicinischen Bezirks Dr. med. Alexander von Henrici. 2) Am 24. August in Melitopol (Taurien) der dortige Stadtarzt Alexei von Magnus an Blutvergiftung. 3) In Berlin der berühmte Nestor der deutschen Chirurgie Prof. von Bardeleben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. September d. J. 6312 (59 mehr als in d. Vorw.), darunter 666 Typhus — (25 mehr), 683 Syphilis — (16 mehr), 85 Scharlach — (7 mehr), 36 Diphtherie — (6 wen.), 16 Masern — (5 wenig.), und 6 Pockenkranke — (3 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. September 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
254	200	454	94	41	73	14	6	14	55	39	23	36	34	17	4	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 20, Diphtherie 11, Croup 3, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 61, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 25, Marasmus senilis 14, Krankheiten der Verdauungsorgane 63, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 19. Sept. 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins Montag den 25. September 1895.

Дозв. ценз. Спб. 16 Сентября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 38 St. Petersburg, 23. (5. October) September 1895

Inhalt: Erwin Thomson: Ein letal verlaufener Fall nach Einnahme von Kalium hypermanganicum in Substanz. — Privatdocent N. J. Tschistowitsch: Ueber die Ursachen der Verminderung der Menge der Leukocyten im Blut nach Einspritzung verschiedener Substanzen in die Gefässe. — Referate: Prof. Angerer: Zur Heilung des Krebses mit Erysipelserum nach Emmerich und Scholl. — J. Cathomas: Ueber plötzlichen Gefässverschluss bei Influenza. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ein letal verlaufener Fall nach Einnahme von Kalium hypermanganicum in Substanz.

Von

Erwin Thomson,

Assistenzarzt.

(Aus der Hospitalklinik des Herrn Prof. Dr. K. Dehio.)

Am 30. Mai a. c. um 11 Uhr Vorm. wurde von der Polizei der 22-jährige Moritz Sulg, dessen äussere Erscheinung einen schweren Krankheitszustand erkennen liess, im Hospital eingeliefert. Am Tage vorher, um 4 Uhr Nachm., hatte derselbe seine Wohnung mit der Angabe, das Hospital aufsuchen zu wollen, verlassen. Im Jahre 1893 war er daselbst wegen acuter Gonorrhoe behandelt und hatte sich nach der Heilung noch oft in der Ambulanz gezeigt, verschiedene hypochondrische Klagen vorbringend.

Am 30. Mai fand man den S. in einer entlegenen Strasse der äussersten Vorstadt, in hülflosem Zustande liegen. In seiner Tasche fand sich ein Fläschchen von ca. 30 Cbcm. Rauminhalt.

Schriftlich, da am Sprechen verhindert, gab S. an, von dem Inhalt dieser Flasche zu sich genommen zu haben. In der Flasche fand sich ein Rest von Kalium hypermanganicum und hat S. muthmaasslich 15,0—20,0 desselben in Substanz zu verschlucken versucht. Bei der Untersuchung konnten ihm noch unaufgelöste Krystalle aus den Mundwinkeln herausgewischt werden.

Bei seiner Aufnahme in's Hospital war der Zustand folgender: Das Gesicht sehr bleich, mit leidendem Ausdruck, die Augenlider halb geschlossen, der Mund weit geöffnet, die Unterlippe und die, über dieselbe hervorragende Zunge stark geschwollen, von dunklem, schwarzem Aussehen und mit dunklen Borken belegt. Von den Mundwinkeln ziehen dunkle Streifen bis zum Kinn herab; ein Bild, wie man es sonst bei Schwefelsäurevergiftung zu sehen gewohnt ist, nur dass hier die Farbe eine geradezu kohlschwarze zu nennen war. Die Athmung geht schwer und mit deutlichen Stenosengeräuschen vor sich. Der Puls ist frequent und klein. Die Arme hängen schlaff am Oberkörper herab. In aufrechter Stellung kann Patient sich nur bei kräftiger Unterstützung halten. Er ist nicht im Stande zu sprechen und giebt durch Zeichen Bejahungen und Verneinungen zu verstehen, deshalb muss die Aufnahme einer genauen Anamnese unterbleiben.

Der Versuch, dem Patienten weiche Gummi-, wie auch englische oder geknöpfte Magensonden einzuführen, misslingt, da dieselben in der Höhe des Ringknorpels auf ein unüberwindliches Hinderniss stossen.

Während dieser Versuche tritt um 1 Uhr plötzlich Athmungsstockung, durch Glottisverschluss ein und macht die sofortige Tracheotomie erforderlich. Nach Ausführung derselben erweist sich die Trachea frei, so dass die Canüle, ohne auf Widerstand zu stossen, eingeführt werden kann, worauf die Athmung wieder regelmässig vor sich geht.

Da anzunehmen war, dass grössere Mengen von Kalium hypermanganicum in den Magen gelangt seien und somit die Ausspülung desselben dringend indicirt war, da ferner, bei der Unwegsamkeit des Oesophagus für die Sonde, vorauszusehen war, dass eine Magenfistel behufs Ernährung des Patienten nöthig werden würde, wurde die Gastrotomie beschlossen und sogleich, im Anschluss an die Tracheotomie in Chloroformnarcose von Dr. Zoege v. Manteuffel ausgeführt.

Der aus der Magenöffnung, vermittelst der Magenpumpe genommene, bräunliche Inhalt, enthielt Beimengungen fester Speisen und hatte einen, nicht sehr ausgesprochenen, metallischen Geruch. Nachdem der Mageninhalt entleert war, wurde der Magen einer Ausspülung durch die Fistelöffnung unterzogen.

Der sofort von Herrn chem. G. Landesen untersuchte Mageninhalt ergab bei Zusatz von conc. HNO_3 und PbO_2 eine deutlich violette Färbung. Es war also jedenfalls Mangan im Mageninhalt vorhanden und deshalb wurden die Magenspülungen um 5 Uhr Nachmittags (4 Stunden nach der Gastrotomie) erneuert und nun entleerte sich eine Spülflüssigkeit von der unverkennbar dunkel-violetten Farbe des Kalium hypermanganicum.

Die ganze Zeit nach der Gastrotomie ging die Athmung schwer, mit starkem Rasseln auf den Lungen und in der Trachea. Der Puls behielt seine Frequenz (130—140 in d. M.) und seine Spannung gleichmässig bei. — Die Welle war niedrig. — Das Sensorium blieb nach der Operation getrübt. Um 6 Uhr Nachmittags starb Pat. unter der Erscheinung der Herzparalyse. Der Puls wurde unfühlbar, während die Athmung noch eine Weile fortdauerte.

Aus dem Sectionsprotocoll hebe ich folgende Punkte hervor. Oedem der Lippen und der Zunge. Verschorfung der Mund-, Pharynx- und Larynx-Schleimhaut. Trachea, Bronchien und Oesophagus frei. Die Schleimhaut des letzteren, wie auch die von Darm und Magen blass, in letzterer vereinzelte hyperämische feinste Gefässe. Das Blut in den grossen Gefässen dünnflüssig, kirschroth. Das Herz von normaler Grösse, unter dem Epicard mehrfache Petechien, besonders an der Herzbasis. Die Herzvenen stark gefüllt, die Arterien elastisch, nicht dilatirt. Das Herzfleisch schlaff. Der linke Ventrikel wenig, der rechte etwas stärker mit Blut gefüllt. Vorhöfe nicht auffallend gedehnt, blutgefüllt. Die Ventrikelwandungen des rech-

ten Herzens von gewöhnlicher Dicke, die des contrahirten linken, dick. Blutfülle der Lungen. Alte pleuritische Verwachsungen. In der Peritonealhöhle nichts auffallendes.

Das dem Herzen und den in dasselbe mündenden grossen Gefässen entnommene Blut, der Urin und ein Stück aus dem musculus pectoralis maj. sin wurden der chemischen Untersuchung auf Mangan unterworfen, ohne jedoch ein positives Resultat zu ergeben. Obgleich nach Dragendorff (Ermittelung von Giften. Göttingen 1888) Spuren von Mangan zu den normalen Bestandtheilen des thierischen Organismus gehören, konnte im Urin nach Verdampfen desselben unter Zusatz von HNO_3, Veraschen des Rückstandes und Schmelzen mit Soda und wenig Salpeter keine Grünfärbung erzielt werden.

Der Salzsäure-Auszug aus dem Muskel gab bei Zusatz von HNO_3 und PbO_2 eine minime Violettfärbung, welche leicht auf Verunreinigung des PbO_2 mit Mangan, zurückgeführt werden konnte. Einen gleich negativen Befund gab das, mit HNO_3 eingedampfte Blut.

Da nun weder im Blut, noch im Muskel, noch im Urin Mangan nachgewiesen werden konnte, sind wir zur Annahme berechtigt, dass es zu keiner Resorption der Manganverbindung gekommen und wird auch von Kobert (Lehrbuch der Intoxicationen. Stuttgart 1893 Tabelle p. 306, 307. Nr. 10.) speciell angeführt, dass das Mangan und die nicht ätzenden Verbindungen desselben vom Magen-Darmcanal aus nicht resorbirt werden; wohl aber hat derselbe Autor nachgewiesen, dass das Kalium hypermanganicum Thieren subcutan injicirt, zum grösseren Theil in den Darmcanal ausgeschieden wird, wobei bisweilen das Mangan die Darmschleimhaut völlig unverändert lässt. (Kobert. Compendium der praktischen Toxikologie. Stuttgart 1887. pag. 64.)

Vergiftungen mit Kal. hypermang. sind in der Literatur, soweit ich mich mit derselben habe bekannt machen können, nicht beschrieben worden, wie denn auch die innerliche Anwendung des Kalipermanganats zu therapeutischen Zwecken wenig gebräuchlich ist. Der Selbstmord durch Kalium hypermanganicum wie ich ihn hier erlebt und beschrieben habe, ist vollends ein Unicum. — Innerlich in Anwendung gebracht ist das Kalipermanganat in neuerer Zeit hauptsächlich als Antidot; so von Kossa bei Cyanvergiftung, in der Dosis von $^1/_2$ Lit. einer $^1/_3$—$^1/_2$% Lösung (Ref. d. Therapeut. Monatshefte 6. Jahrg. 1892 p. 549), von Erdös in $^1/_{10}$% Lösung zu 2—3 Lit. bei Phosphorvergiftung (Ref. d. Therap. Monatshefte 6. Jahrg. 1892 pag. 592); schliesslich von Bokai und Antal gleichfalls bei Phosphorvergiftung zu 500 Gr. in $^1/_{10}$ % Lösung (Ref. d Therapeut. Monatshefte, 6. Jahrg. 1892, p. 323). Keiner der genannten Autoren hat hierbei eine unliebsame Nebenwirkung gesehen. Freilich stehen die von ihnen angewandten Dosen in keinerlei Verhältniss zu der, in unserem Fall, mit dem Organismus in Berührung gekommenen.

Ueber die Todesursache in unserem Fall lässt sich Folgendes sagen: Der Pat. hatte eine grosse Dosis von Kalium hypermanganicum in Substanz, per os, zu sich genommen und sich dadurch eine schwere, zu ausgedehnter Necrose der Schleimhäute und kolossaler Schwellung des submucösen Gewebes führende Verätzung der gesammten Mund-Rachenhöhle und des Aditus laryngis zugezogen. — Die Verschwellung der genannten Theile war so hochgradig, dass von Schlucken keine Rede war und auch die Schlundsonden nicht in den Oesophagus vorzudringen vermochten. Die Magenausspülungen konnten somit nur mit Hülfe der Gastrotomie ausgeführt werden. Obgleich nun der grösste Theil des Kalipermanganat-Pulvers in der Mund-Rachenhöhle zurückgehalten worden ist, so muss doch eine geringe Menge durch Verschlucken in den Magen gelangt und hier reducirt worden sein, da die chemische Untersuchung des Mageninhalts eine deutliche Manganreaction ergab. Aetzwirkungen sind durch diese geringe Menge des Giftes im Oesophagus und Magen nicht ausgeübt worden. Die Anätzung des Kehlkopfeinganges führte zu einer acuten Laryngostenose, welche die schleunige Tracheotomie nöthig machte. Interessant ist nun, dass weder vom Magen noch — was wohl erwartet werden konnte, von der verätzten Mund-Rachen-Schleimhaut nachweisliche Mengen der Manganverbindung in den Kreislauf resorbirt worden sind. Wir können somit von einer specifischen Manganvergiftung in unserem Fall nicht sprechen, sondern müssen den schweren Collaps des Patienten und seinen Tod durch Herzparalyse auf einem anderen Wege erklären. Es bleibt wohl nur übrig anzunehmen, dass die intensive Anätzung der inneren Schleimhäute, in Verbindung mit den schweren chirurgischen Eingriffen, denen der Pat. in Chloroformnarcose ausgesetzt werden musste, reflectorisch die Lähmung der Herzthätigkeit bewirkt haben.

Erwähnenswerth ist, dass nachdem der Magen das erste Mal völlig leer gepumpt worden war, wobei das Spülwasser durchaus keine violette Färbung aufwies, dennoch vier Stunden später, bei Wiederholung der Spülung, das Wasser reichliche Mengen unzersetzten Kalipermanganats enthielt und die leicht erkennbare Farbe desselben zeigte. Es muss also nachträglich durch den Oesophagus unzersetztes Kalipermanganat in den jetzt leeren Magen nachgesickert sein.

Ueber die Ursachen der Verminderung der Menge der Leukocyten im Blut nach Einspritzung verschiedener Substanzen in die Gefässe.

Von

Privatdocent N. J. Tschistowitsch.

(Schluss.)

In der vorliegenden Mittheilung will ich die Resultate meiner Untersuchungen, welche die Klarstellung der Frage von den Ursachen der Hypoleukocyten zum Ziel hatten, darlegen.

Meine Untersuchungen wurden schon im Sommer vorigen Jahres im Laboratorium des Kronstädter Seehospitals ausgeführt und konnten wegen Zeitmangel nicht schon damals beendet und veröffentlicht werden. Jetzt bieten sie nichts Neues mehr und bestätigen im Allgemeinen die factische Seite der Untersuchungen von Goldscheider und Jacob, aber ich halte es nicht für überflüssig, sie zu publiciren, da sie in mancher Beziehung das schon existirende Material vervollständigen, einige Details hinzufügen und die Frage nach den verschiedenen Formen der Hypoleukocytose aufklären helfen.

Meine erste Untersuchungsreihe hatte den Zweck festzustellen, in wie weit die Hypoleukocytose, welche durch Einspritzung verschiedener Substanzen in's Blut hervorgerufen wird, einen allgemeinen Charakter hat, — die zweite, auf histologischem Wege zu ergründen, wohin die aus dem Blut verschwindenden Leukocyten gerathen.

Zuerst werde ich einige Versuche anführen, die zur Lösung der ersten Aufgabe angestellt wurden. In diesen, ausschliesslich an Kaninchen ausgeführten Versuchen machte ich Zählungen der Leukocyten im Blut aus peripheren und inneren Gefässen von Thieren, bei denen durch Einspritzung verschiedener Substanzen ins Blut eine Verminderung der Zahl der Leukocyten hervorgerufen wurde.

Die Anordnung der Versuche war folgende.

Es wurden die Leukocyten im Blut eines Ohrgefässes gezählt, dann wurde in eine Ohrvene diese oder jene Substanz gespritzt: eine filtrirte Cultur von Pneumonie-

diplococcen, eine Lösung von Pepton oder Tuberculin, darauf wurden von Neuem die Leukocyten im Blut aus einem Gefäss des anderen Ohres und aus einem oder zwei inneren Gefässen: Vena mesenterica, Arteria mesenterica, Vena renalis gezählt.

Zur Gewinnung des Bluts aus den Gefässen der Bauchhöhle wurde diese durch Schnitt in der Mittellinie geöffnet. In einem Versuche wurde behufs möglichst gleichzeitiger Gewinnung des Bluts aus einem peripheren und inneren Gefäss zunächst der Bauchschnitt gemacht, dann erst eine Tuberculinlösung ins Blut gespritzt und aus den Gefässen das Blut zur Untersuchung entnommen.

Zur Zählung der Leukocyten gebrauchte ich die Mischer von Potain (2—3, je nachdem wie viel Portionen Blut ich nehmen wollte) und den Apparat von Thoma und Zeiss. Zur Verdünnung des Bluts gebrauchte ich immer eine $^1/_3$ procentige Lösung von Essigsäure.

Versuch I.

14. Juni 1894. Kaninchen von 1340 Gr. Gewicht. Um 10 Uhr 55 Minuten wird die erste Blutportion zur Untersuchung aus einer Vene des linken Ohrs genommen.

Um 11 Uhr wird in die Vene desselben Ohres 10 Cbcm. einer durch den Chamberland'schen Filter filtrirten 3 tägigen Bouilloncultur des Fränkel'schen Diplococcus pneumoniae gespritzt.

Um 11 Uhr 25 Minuten wurden die Ohren des Kaninchens sehr blass. In den Mischer wird eine Portion Blut aus dem Hauptvenenstamm des rechten Ohrs aufgenommen. Das Blut ist sehr dunkel. Sofort wird das Kaninchen angebunden, nach Eröffnung der Bauchhöhle eine Darmschlinge vorgezogen und eine Portion Blut aus einer Vena mesenterica genommen. Für die ganze Operation waren nicht mehr als 5 Minuten nöthig. Vor der Einspritzung wurden im Blut der Ohrvene 9579 Leukocyten im Cubikmillim. gezählt, nach der Einspritzung im Blut der Ohrvene 11325, im Blut der Mesenterialvene 5888 Leukocyten. Die grosse Anzahl von Leukocyten im Blut der Ohrvene hing wahrscheinlich davon ab, dass dasselbe die Eigenschaften der Stauung aufwies: die Arterien waren ganz blass und das Blut wurde aus der Vene ausgedrückt. Aus den Bauchvenen dagegen floss das Blut im Strahl aus.

Das Kaninchen wurde durch Schlag auf den Nacken getödtet und sofort, während das Herz noch schlug, Stückchen aus den Organen ausgeschnitten und zur Fixation in Fol'sche Lösung gelegt.

Versuch II.

18. Juni 1894. Kaninchen von 1322 Gr. Gewicht. — Um 11 Uhr wird die erste Blutportion aus einer Vene des rechten Ohrs genommen. Um 11 Uhr 10 Min. wird in eine Vene des linken Ohrs 10 Cbcm. einer 10 proc. filtrirten und sterilisirten Lösung von Pepton Witte gespritzt. Um 11 Uhr 45 Min. wird Blut aus der Hauptvene des rechten Ohrs genommen, sofort Schnitt in der linea alba und Entnahme einer Blutportion aus einer Mesenterialvene. Zwischen der Entnahme beider Blutportionen vergingen nicht mehr als 5 Minuten.

Vor der Einspritzung war die Zahl der Leukocyten im Blut der Ohrvene 12152. Nach der Einspritzung im Blut der Ohrvene 3019, der Mesenterialvene 13402 Leukocyten.

Versuch III.

19. Juni 1894. Kaninchen von 1840 Gr. Gewicht. — Dieselbe Anordnung des Versuches. — Vor der Einspritzung werden um 11 Uhr 5 Min. im Blut aus einer Vene des rechten Ohres 9313 Leukocyten gezählt. Um 11 Uhr 18—20 Min. Einspritzung von 6 Cbcm. einer 10 proc. Lösung von Pepton-Witte in eine Ohrvene. — Um 11 Uhr 30 Min. wird eine Portion Blut aus der linken Ohrvene genommen: 1524 Leukocyten, darunter 1332 einkernige und 292 mehrkernige. Im Blut der Mesenterialvene 1878 Leukocyten, darunter 1362 einkernige und 516 mehrkernige.

Versuch IV.

21. Juni 1894. Dieselbe Versuchsanordnung. Kaninchen von 1300 Gr. Gewicht. — Vor der Einspritzung von Pepton um 10 Uhr 25 Min. in der rechten Ohrvene 11983 Leukocyten, darunter 4723 einkernige und 7260 mehrkernige. — Nach der Einspritzung von 7 Cbcm. einer 10 proc. Peptonlösung wurden beide Ohren sehr blass. Um 11 Uhr im Blut des Hauptvenenstammes des linken Ohrs 4052 Leukocyten, darunter 2960 einkernige und 1092 mehrkernige, im Blut der Vena mesenterica 3454 Leukocyten, darunter 2756 einkernige und 698 mehrkernige. Im Blut der Art. mesenterica 3191 Leukocyten, darunter 2604 einkernige und 587 mehrkernige. In diesem Versuch gelang es nicht, so schnell das Blut aus den Mesenterialgefässen zu nehmen, so dass die ganze Operation vom Moment der zweiten Blutentnahme aus der Ohrvene ca. 20 Minuten beanspruchte.

Versuch V.

22. Juni 1894. Kaninchen von 1245 Gr. Gewicht. — Das Kaninchen wird um 9 Uhr 50 Min. angebunden und aus der linken Ohrvene Blut genommen. Es werden darin 13209 Leukocyten gezählt, darunter 8143 einkernige und 5066 mehrkernige. Um 10 Uhr 20 Min. werden in eine Ohrvene 0,2 Tuberculin (Libertz) in 1 Cbcm. Wasser gespritzt. — Um 10 Uhr 25 Min. Entnahme von Blut aus der Ohrvene, sofort Bauchschnitt und Blutentnahme aus der Vena mesenterica. Im Blut der Ohrvene 6085 Leukocyten, darunter 3083 einkernige und 2970 mehrkernige. Im Blut der Mesenterialvene 5955 Leukocyten, darunter 3083 einkernige und 2872 mehrkernige. Das Kaninchen wird durch Schlag auf den Nacken getödtet und die Organe zur Untersuchung herausgenommen.

Versuch VI.

24. Juni 1894. Kaninchen von 1298 Gr. Gewicht. — Um 10 Uhr 50 Min. im Blut der Ohrvene 13247 Leukocyten im Cbmm. Das Kaninchen wird angebunden und der Bauchschnitt gemacht. Darnach wird in eine Ohrvene 0,3 Tuberculin in 1 Cbcm. Wasser gespritzt (um 11 Uhr 28 Min.). Sofort (um 11 Uhr 30 Min.) wird Blut aus der Vene des anderen Ohres und aus der Vena mesenterica genommen. Im Blut der Ohrvene 4638, der Vena mesenterica 5402 Leukocyten.

Versuch VII.

19. Juli 1894. Kleines Kaninchen, c. 1000 Gr. Um 10 Uhr 42 Min. im Blut der Ohrvene 11900 Leukocyten. Um 11 Uhr 10 Min. werden in die Ohrvene 5 Cbcm. 10 proc. Peptonlösung gespritzt. Das Kaninchen wird angebunden und eine Blutprobe (um 11 Uhr 14 Minuten) aus der Vene des anderen Ohres genommen. Sofort Bauchschnitt und Blutentnahme aus der Vena mesenterica und etwas später (11 Uhr 23 Min.) aus der Vena renalis sin. — Im Blut aus der Ohrvene 3936 Leukocyten im Cbmm., aus der Mesenterialvene 3376 und aus der Nierenvene 3155. — Das Kaninchen wird durch Schlag auf den Nacken getödtet und die Organe zur Untersuchung herausgenommen.

Aus den angeführten Versuchen überzeugen wir uns, in Uebereinstimmung mit Löwit, Goldscheider und Jacob und Ssemakin, dass die Verarmung des Bluts an Leukocyten nach Einspritzung verschiedener Substanzen in eine Vene eine für alle Gefässe verschiedener Gebiete des Organismus allgemein gültige Erscheinung ist und die zuweilen anzutreffenden Ungleichmässigkeiten in der Vertheilung der weissen Blutkörperchen (Versuch I und II) eine zeitweilige Abweichung darstellen, deren Ursache zu finden durchaus nicht immer gelingt. Aber dieser allgemeine Charakter der Verarmung des Bluts an Leukocyten ist, wie wir sehen werden, nur den

grossen Gefässen, Arterien und Venen, eigen; die Sache ändert sich vollständig, wenn wir den Gehalt des Bluts an Leukocyten in den Arterien und Venen mit dem in den Capillaren vergleichen.

Das Studium des Leukocytengehalts in den Capillaren verschiedener Organe ist bisher nur durch histologische Untersuchung der Organe möglich, wie sie auch Werigo, Goldscheider, Jacob und Müller ausgeführt haben. Ich will nun gleich die auf diesem Wege von mir erhaltenen Thatsachen mittheilen.

Fast alle zu erwähnenden Untersuchungen wurden an Organen von Kaninchen angestellt, welche im Zustand der Hypoleukocytose, hervorgerufen durch Einspritzung von verschiedenen Substanzen und von Culturen niederer Organismen, getödtet waren. Ich werde auf Details nicht eingehen und nur auf die wesentlichsten Thatsachen hinweisen, welche die Vertheilung der Leukocyten betreffen, wobei ich hauptsächlich die Aufmerksamkeit auf die mehrkernigen Leukocyten richtete, da namentlich deren Menge am meisten abnimmt bei der durch Einspritzung verschiedener Substanzen hervorgerufenen Leukocytose, wie das aus den angeführten Versuchen hervorgeht. In allen Versuchen wurden die Kaninchen sofort durch Schlag auf den Nacken getödtet, nachdem bei ihnen die Hypoleukocytose constatirt war und wurden Stückchen der Organe sofort, bis das Herz noch schlug und die Circulation andauerte herausgeschnitten. Die Stückchen wurden in Fol'scher Lösung, Alcobol oder einem Gemisch von 1 Theil Chromsäure, 1,5 Th. Essigsäure und 300 Theilen Wasser fixirt und in Paraffin eingeschlossen. Die Schnitte wurden mit Hämatoxylin, Hämatein, zuweilen nach Gram gefärbt. Zum Vergleich wurden Organe eines normalen Kaninchens genommen, das auf dieselbe Weise getödtet und derselben Verarbeitung unterworfen worden war.

I. Untersuchung der Organe von Kaninchen, die nach Einspritzung von Carminpulver in die Ohrvene getödtet waren.

Die Injection von Carminpulver, das in Wasser verschüttelt und sterilisirt war, wurde zweien Kaninchen gemacht. Dem einen wurden 10 Cbcm. dieser Flüssigkeit injicirt und das Thier sofort getödtet (5 Min. nach Beginn der Injection); dem andern 6 Cbcm. und das Thier nach 12—14 Min. getödtet. Die Menge der Leukocyten bei diesem letzten änderte sich auf folgende Weise.

2. August 1894. Um 10 Uhr 55 Min. wurden im Blut der rechten Ohrvene 10390 Leukocyten gezählt. Um 11 Uhr 8—9 Min. wurden 6 Ccm. der erwähnten Flüssigkeit in die Vene des linken Ohres eingespritzt. Um 11 Uhr 11 Min. 9177, um 11 Uhr 20 Min 7829 Leukocyten; Verlust — 24,6 pCt. Das Kaninchen wird sofort durch Schlag auf den Nacken getödtet.

I. Kaninchen. Bei der mikroskopischen Untersuchung wird folgendes gefunden. Die Lungencapillaren sind mit Carminpulver überfüllt. Das Carmin liegt in ganz freien, nicht von Leukocyten verschlungenen Häufchen. In den Capillaren ziemlich viele mehrkernige Leukocyten, welche aber kein Carmin enthalten. Ebenso wird das Carmin in freien Häufchen in der Milz, Leber, dem Knochenmark und der Darmwand angetroffen (die übrigen Organe nicht untersucht). An Menge wird das Carmin nächst den Lungen am meisten in der Leber und Milz gefunden, im Knochenmark und den Darmcapillaren sind nur wenige Streifchen. Mehrkernige Leukocyten sind nächst den Lungencapillaren zahlreich in der Milz und besonders im Knochenmark. Nirgends ist nachweisbar, dass sie Carmin aufgenommen haben.

II. Kaninchen. In den Lungencapillaren ziemlich viele freiliegende Häufchen von Carmin, aber es werden auch carminhaltige mehrkernige Leukocyten gefunden. Zuweilen bemerkt man um die Carminhaufen einige mehrkernige Leukocyten. Recht häufig trifft man in den Lungencapillaren Gruppen von mehrkernigen Leukocyten auch ohne Carmin und überhaupt ist die Menge der Leukocyten in den Lungencapillaren eine bedeutende.

In der Leber sind die Carminpartikelchen viel weniger zahlreich und auch die Menge der Leukocyten ist nicht merklich erhöht. Die Carminpartikelchen liegen frei und nur selten bekommt man Bilder, die so gedeutet werden können, als ob das Carmin innerhalb der Zellen (Leukocyten, Endothelzellen) gelegen ist.

In der Milz wird auch nur eine geringe Menge freiliegender Carminpartikelchen gefunden. Die Anzahl der mehrkernigen Leukocyten in der Milz ist nicht erhöht. In Präparaten der Niere wird weder Carmin in den Gefässen noch eine Anhäufung von Leukocyten bemerkt.

In beiden Fällen war die Hauptmasse des Carmins in den Capillaren des kleinen Kreislaufs stecken geblieben und eine relativ viel geringere Menge war in die Capillaren anderer Organe eingedrungen. In den ersten Minuten liegt das Carmin überall frei und sogar nach 14 Minuten werden nur selten in der Lunge Leukocyten mit Carmin angetroffen. Ich konnte also in diesen Versuchen nicht die ungeheure Schnelligkeit constatiren, mit der, nach der Beschreibung von Werigo ins Blut gerathene fremde Partikelchen von den Leukocyten verschlungen werden.

Die Herabsetzung der Gesammtzahl der Leukocyten (Versuch II) war unbedeutend, trotz der grossen Menge des eingespritzten Carmin. Diese Verminderung konnte vollständig durch die Anhäufung der Leukocyten in den Capillaren der Lunge und zum Theil der andern Organe erklärt werden.

II. Untersuchung der Organe von Kaninchen, welche nach Einspritzung von Peptonlösung, Tuberkulin und Terpentin in eine Vene getödtet waren.

1. Kaninchen, das nach intravenöser Injection von Peptonlösung getödtet war (cf. Versuch I.). Bei diesem Kaninchen wurden vor dem Tode im Blut der Ohrvene 11325, der Vena mesenterica 5888 Leukocyten gefunden. In der Lunge wurden viele vielkernige Leukocyten in den Capillaren gefunden, in den Venen weniger. In den Lebercapillaren waren sie auch ziemlich zahlreich, dagegen in den grösseren Gefässen sehr wenige. In der Milz sehr wenig Leukocyten.

2. Kaninchen, nach Einspritzung von Peptonlösung getödtet (cf. Versuch II). Bei diesem Kaninchen war die Vertheilung der Leukocyten vor dem Tode eine umgekehrte: im Blut der Ohrvene war ihre Menge gering (3019 im Cbmm.), in der Mesenterialvene gross (13402).

In der Lunge wurden viel Leukocyten in den Capillaren, wenig in den grossen Gefässen gefunden. In der Leber waren die Leukocyten zahlreich sowohl in den Capillaren als auch in den grossen Gefässen; ziemlich viele mehrkernige Leukocyten waren auch in der Milz.

3. Kaninchen, nach Injection von Peptonlösung getödtet. (Versuch IV). Vor dem Tode wurde eine enorme Verminderung der Leukocyten constatirt, sowohl im Blut der Ohrvene, als auch der Vena und arteria mesenterica. In den Capillaren, kleinen Arterien und Venen der Lungen eine grosse Zahl mehrkerniger Leukocyten, ziemlich viele auch in der Leber, in den feinen Pfortaderästen, relativ wenige dagegen in den Lebercapillaren. In den kleinen Gefässen der Milz werden sie äusserst zahlreich, stellweise in ungeheuren Mengen, getroffen.

4. Kaninchen vom Versuch VII. Nach Peptoneinspritzung enorme Verminderung der Leukocytenzahl sowohl im Blut der Ohrvene, als auch der Mesenterial- und Nierenvene.

In den Lungen, in den Capillaren stellweise ziemlich viele, stellweise wenige Leukocyten, in den grossen Gefässen sind sie fast gar nicht zu sehen. Dasselbe finden wir auch in der Leber: stellweise sieht man eine gehörige Anzahl von Leukocyten, stellweise sind sie sehr

spärlich. Eine ebenso ungleiche Vertheilung sieht man in der Darmwand. Ziemlich viel mehrkernige Leukocyten sind im Knochenmark, dagegen sehr wenige in den Capillaren der Nieren und der Muskeln (des Oberschenkels). Eine geringe Menge auch in der Milz

5. Kaninchen vom Versuch V, getödtet nach Injection von Tuberculin. Vor dem Tode wurde eine allgemeine Herabsetzung der Leukocytenzahl gefunden, und zwar um mehr als die Hälfte im Vergleich zu ihrer Anzahl vor der Injection. Auch hier werden ziemlich viel mehrkernige Leukocyten in den Lungencapillaren gefunden, ebenso in den Venen, besonders den kleinen, in den Arterien dagegen sehr wenig. Ziemlich zahlreich wurden sie in den Leberästen der Pfortader gefunden, in den Capillaren und Lebervenen (Venae hepaticae) war ihre Zahl gering.

6. Kaninchen aus Versuch VI. Die Verminderung der Leukocytenzahl im Blut der Ohrvene und der Mesenterialvene nach Einspritzung von Tuberculin war noch stärker als im vorhergehenden Fall Die mikroskopische Untersuchung zeigte auch in diesem Fall eine bedeutende Anzahl von mehrkernigen Leukocyten in den Lungencapillaren.

7. Kaninchen, getödtet im Zustande der Hypoleukocytose nach intravenöser Injection von 1 Cbcm. eines Gemisches von 1 Theil Terpentin und 10 Theilen Provenceröl. Eine besonders grosse Zahl von mehrkernigen Leukocyten war nicht zu finden. In den Lungen waren sie nur stellweise ziemlich zahlreich, eine beträchtliche Anzahl in der Milz und zum Theil im Knochenmark, obgleich das letztere überhaupt ziemlich arm an Zellenelementen war (Mark des Ohrschenkelknochens) und viele von ihnen sich mit Hämatein schlecht färbten. Bilder von Zerstörung der Leukocyten in der Milz, wie sie Holzmann beschreibt, habe ich nicht beobachten können. In der Leber waren wenig Leukocyten. (Die Zahl der Leukocyten im Blut dieses Kaninchens war vor der Einspritzung 8312 und sank nach der Injection auf 4251 im Cbmm.)

Somit fanden wir bei der Hypoleukocytose, die durch Einspritzung von Peptonlösung und Tuberculin ins Blut hervorgerufen war, die Anhäufung bedeutender Mengen von mehrkernigen Leukocyten besonders in den Lungencapillaren, zuweilen aber auch in den Capillaren andrer Organe — der Leber und Milz. In der Leber wurde zuweilen besonders eine Anhäufung von Leukocyten in den Verzweigungen der Pfortader bemerkt.

Die beschriebene Vertheilung der Leukocyten war am wenigsten ausgesprochen bei der Terpentin-Hypoleukocytose — ein Umstand der wohl veranlassen kann, die Möglichkeit einer Betheiligung der Leukolyse bei Entstehung dieser Form der Hypoleukocytose zuzugeben.

III. Untersuchung der Organe von Kaninchen, die im Zustand der Hypoleukocytose nach Einspritzung von Bouillonculturen niederer Organismen ins Blut getödtet waren.

1. Kaninchen von 1620 Gr. Gewicht. — Um 10 Uhr 50 Min. werden im Blut aus einer Vene des rechten Ohrs 10216 Leukocyten gezählt. Um 11 Uhr werden in eine Vene des linken Ohrs 4 Cbcm. einer eintägigen Bouilloncultur von Typhusbacillen eingespritzt. Um 2 Uhr 30 Min. werden im Blut der Ohrvene 2523 Leukocyten im Cbmm. gezählt. Das Kaninchen wird sofort durch Schlag auf den Nacken getödtet und die Organe zur Untersuchung genommen. In den Capillaren, kleinen Venen und Arterien der Lungen ziemlich viel mehrkernige Leukocyten. In den Capillaren sieht man bisweilen mehrere hintereinander, in den kleinen Arterien und Venen liegen sie nicht selten in Häufchen zusammen. In der Leber sind auch ziemlich viel mehrkernige Leukocyten, sie liegen in den Zweigen der Pfortader und stellweise in den Capillaren; in den Lebervenen sind ihrer sehr wenige. Auch in der Milz sind sie spärlich.

2. Grosses Kaninchen. 26. December 1894. Um 10 Uhr 50 Min. im Blut einer Ohrvene 16586 Leukocyten. Um 11 Uhr 20 Min. werden in das andere Ohr 6 Cbcm. einer zweitägigen Bouilloncultur Fränkel'scher Diplococcen gespritzt; die Cultur war aus dem Blut einer nach Infection mit dem Auswurf eines Pneumonikers gestorbenen Maus gewonnen. Um 2 Uhr 10 Min. im Blut der Ohrvene 5605 Leukocyten. Das Kaninchen wird getödtet.

In den Lungencapillaren und stellweise im Lumen der Aeste der Art. pulmonalis eine Menge mehrkerniger Leukocyten. Ebenso eine bedeutende Menge in den Capillaren und einigen kleinen Venen (V. portae) der Leber, in den Nierencapillaren dagegen sehr wenige.

Bei einem anderen Kaninchen, das am Tage nach subcutaner Infection mit Fränkelschen Diplococcen zu Grunde gegangen war, und bei dem schon 18½ Stunden vor dem Tode eine bedeutende Hypoleukocytose constatirt war (die Zahl der Leukocyten war von 11118 auf 6345 gefallen) wurde in den Lungencapillaren schon keine so bedeutende Anhäufung von Leukocyten gefunden, ihre Menge war ungefähr ebenso gross wie bei einem normalen Kaninchen, aber jedenfalls nicht herabgesetzt. Ebenso in der Leber.

Somit zeigt uns die Untersuchung der Organe von Kaninchen, die während der Hypoleukocytose getödtet sind, dass in den Capillaren, zuweilen auch in den kleinen Arterien und Venen einiger Organe, besonders der Lunge, eine bedeutende Anhäufung von Leukocyten stattfindet. Die Lungengefässe, in die ganz zuerst die in eine Vene gespritzten Substanzen gelangen, müssten den Hauptheerd der Zerstörung der Leukocyten darstellen, wenn die Hypoleukocytose von einer solchen Zerstörung abhinge, wir sehen aber das Umgekehrte — gerade in den kleinen Lungengefässen ist die Anzahl der mehrkernigen Leukocyten erhöht, während sie im Blut, das aus grösseren Gefässen gewonnen ist, um diese Zeit bedeutend vermindert ist. Am meisten war die Anhäufung der Leukocyten in der Lunge ausgesprochen nach Injection von Typhusbacillen —, Pneumoniediplococcencultur, Peptonlösung und Tuberculin, viel weniger nach Injection von Carminpulver und am wenigsten in dem Versuch mit Terpentin.

Bei intravenöser Injection von in Wasser verschütteltem Carminpulver wurde die bei weitem grössere Menge desselben in den Lungencapillaren gefunden, weniger in der Leber und den andern Organen. Der grösste Theil des Carmin war überall in freiem Zustande, nur selten waren carminhaltige Leukocyten anzutreffen. Somit konnte ich nicht die von Werigo beschriebene fast momentane Aufnahme des Carmin seitens der Leukocyten und seine Verschleppung in die Leber beobachten, und ich bin mehr geneigt anzunehmen, dass die Carminemboli in freiem Zustande in verschiedene Organe verschleppt werden und erst hier von Leukocyten aufgenommen werden können, wobei dieser Process nicht so schnell vor sich geht, wie Werigo beschrieb.

Wie soll man sich die Verarmung des circulirenden Blutes an Leukocyten nach Einführung der erwähnten verschiedenen Substanzen ins Blut erklären?

Alle Erscheinungen durch Leukolyse zu erklären, ist unmöglich. Von den von uns angewandten Substanzen besitzt, wie E. J. Botkin[19]) durch Versuche gezeigt hat, das Pepton in stark concentrirter Lösung eine zerstörende Wirkung auf die Leukocyten; eine Hypoleukocytose bewirkt es aber schon in so kleinen Mengen, dass eine leukolytische Wirkung wenig wahrscheinlich wird[20]), und zudem sprechen die eben angeführten Beobachtungen direct gegen eine solche Erklärung. Unter allen von uns angewandten Substanzen könnte eine solche zerstörende Wirkung noch am ehesten für das Terpentin zu-

gegeben werden, wie ich schon oben erwähnt. Aber viel häufiger als einer Leukolyse begegnen wir bei der Hypoleukocytose einer Veränderung in der Vertheilung der Leukocyten im Gefässgebiet, wie aus den angeführten histologischen Thatsachen hervorgeht.

Sehr interessante Thatsachen, welche gegen die Theorie der Leukolyse sprechen, haben wir in einer vor Kurzem erschienenen Dissertation von Markewitsch[21]) gefunden. Der Autor studirte die Blutveränderungen an Hunden, bei denen der ganze grosse Kreislauf nach der Methode von Prof. Pawlow ausgeschlossen; war durch Vereinigung der Arteria subclavia mit der Vena subclavia, wobei alle übrigen Wege für den Blutstrom verlegt waren, sodass das Blut direct aus dem linken Ventrikel durch die Aorta, Arteria anonyma, Arteria subclavia dextra, Vena subclavia dextra, Vena anonyma und Vena cava superior in das rechte Herz gelangte. Der ganze grosse Kreislauf war mithin durch diesen künstlichen ersetzt. Indem der Autor bei solchen Thieren die Veränderungen der Leukocyten im Blut verfolgte, kam er zum Schluss, dass im Blut ein beständiger Uebergang junger Leukocyten (Lymphocyten) in reifere (einkernige) und überreife (mehrkernige) Formen stattfindet Ferner fand er, dass in solchem Blut auch ohne alle weiteren Einwirkungen eine Zerstörung der mehrkernigen Leukocyten vor sich geht. Im Lauf einer halben Stunde erreichte die Zerstörung der Leukocyten 8—52% ihrer Gesammtmenge. In einem Versuch spritzte der Autor einem solchen Thier einen ganzen Cbcm. Tuberculin in das Blut. Darnach konnte man, nach der Theorie der Leukolyse, eine enorme Zerstörung der schon so zerfallenden Leukocyten erwarten, in Wirklichkeit trat das aber nicht ein — der Zerfall der Leukocyten wurde im Lauf der halbstündigen Beobachtung nicht nur nicht stärker, sondern war sogar weniger stark als in einigen Versuchen ohne Tuberculin. Weiter fand derselbe Autor nachdem er solchen Hunden Culturen von Milzbrand- und Tuberkellbacillen ins Blut gespritzt hatte, eine enorme Verarmung des Bluts an vielkernigen Leukocyten und eine Anhäufung derselben in den Lungencapillaren, zum Theil um die Bakterien, öfter aber verschlungene Bakterien enthaltende Leukocyten. — Das Chloroformiren selbst bewirkt, nach Markewitsch, ein Steckenbleiben der Leukocyten in den Lungencapillaren.

Welches ist nun die Ursache, welche die Leukocyten veranlasst, sich in den Capillaren der Lunge und anderer Organe anzuhäufen?

Wahrscheinlich giebt es mehrere Ursachen für diese Erscheinung. Erstens muss man die Bedeutung vasomotorischer Einflüsse zugeben. Wir sahen schon aus den Versuchen von Winogradow, dass die Contraction der kleinen Arterien eine Verarmung des Blutes an Leukocyten bewirkt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass im Moment der Einspritzung verschiedener Substanzen ins Blut die Gefässe des kleinen Kreislaufs, in den zu allererst die injicirten Substanzen gelangen, sich contrahiren und die Lungencapillaren den ersten Filter darstellen, in dem die Hauptmasse der Leukocyten zurückgehalten wird. Die Leukocyten, die im Capillarnetz der Lunge nicht stecken geblieben waren, werden weiter geschleppt und setzen sich in den Capillaren der Leber und anderer Organe fest. Ein anderes Moment, das bei der Anhäufung der Leukocyten in den Capillarnetzen eine Rolle spielt, muss in den Veränderungen der Beschaffenheit der Leukocyten selbst bei ihrer Phagocytenthätigkeit liegen. Die Fähigkeit der Leukocyten, feste Partikel zu verschlingen, ist sicher festgestellt. Ferner hat Hofmeister[22]) gezeigt, dass die Leukocyten auch bedeutende Mengen im Blut gelöster Stoffe, z. B. Pepton in sich aufnehmen, und folglich es sehr wahrscheinlich ist, dass die phagocytäre, schützende Thätigkeit der weissen Blutkörperchen nicht nur auf feste fremde Körper und Bakterien, sondern auch auf ihre gelösten Producte, auf Alles, was aus dem Blut entfernt werden muss, gerichtet ist Wenn man diese Eigenschaften der Leukocyten anerkennt, ist es ganz natürlich auch zuzugeben dass der Umfang der gesättigten Phagocyten zunimmt und dass ihre Beweglichkeit sich verringert, — Bedingungen, die ihr Steckenbleiben in den Capillaren begünstigen.

Endlich müssen bei der fraglichen Erscheinung noch andere Ursachen mitspielen. Nach den klassischen Untersuchungen Metschnikow's über die Entzündung muss man der Bewegung der Leukocyten zum Ort der Reaction auf den Reiz einen activen Charakter zuerkennen, hervorgerufen durch die chemotaktische Wirkung der Stoffe, die am Ort der Entzündung ins Blut gelangen. Gewöhnlich bewirkt ein sich entwickelnder entzündlicher Process Leukocytose, aber in den ersten Momenten kann die Anhäufung der Leukocyten in den Gefässen des Entzündungsbezirks und ihre Emigration eine temporäre Verarmung des circulirenden Blutes an diesen Elementen bewirken (Jons[23]).

Die Veränderung der Herzarbeit muss auch bei einigen Arten der Hypoleukocytose eine Rolle spielen. Bei Einspritzung beträchtlicher Peptonmengen ins Blut sinkt der arterielle Druck bei Kaninchen, die peripheren Gefässe werden dabei schlecht gefüllt, die Ohren werden blass und, wie Winogradow gezeigt hat, bedingt die Schwächung der Triebkraft des Herzens einen gewissen Grad von Hypoleukocytose, indem sie wahrscheinlich die Stauung der Leukocyten in den Capillaren begünstigt.

Endlich muss eine sehr wesentliche Bedeutung, besonders bei langandauernden Hypoleukocytosen den blutbereitenden Organen zugeschrieben werden. Eine Herabsetzung ihrer Thätigkeit, eine Verminderung des Zuflusses von Leukocyten ins circulirende Blut ist ohne Zweifel sehr oft eine der Hauptursachen der Verminderung der Menge der Leukocyten im Blut.

Indem ich die vorliegende Arbeit beende, halte ich es für meine Pflicht, dem Oberarzt des Kronstädter Marienhospitals, M. M. Akinfijew und seinen Gehilfen, den DDr. P. F. Liborius und W. J. Issajew, die mir in liebenswürdigster Weise das Arbeiten im Laboratorium des Hospitals ermöglicht haben, meine tiefe Erkenntlichkeit auszusprechen.

Literatur

1. Hoffmann, Ein Beitrag z. Physiologie und Pathol. d. farblosen Blutkörperchen. Dorpat. Dissert. 1881.

2. V. Samson-Himmelstjerna, Exper. Studien über d. Blut in phys. und path. Beziehung. Dissert. Dorpat, 1882.

3. Heyl, Zählungsresultate betreffend die farblosen und d. roth. Blutkörperchen. Dissert. Dorpat 1882.

4. Groth, Ueber die Schicksale d. farblosen Elemente im kreisenden Blute. Dissert. Dorpat 1884.

5. Werigo, Globules blancs, protecteurs du sang Annales de l'Institut Pasteur, 1892, p. 478.

6. Löwit, Studien z Physiol. und Pathol. d. Blutes und der Lymphe. 1892.

7. Richet et Héricour, Modifications dans le nombre des leucocytes du sang après injection de diverses substances. Compt. rend. d. Societè de biologie, 1893.

8. Rieder, Beiträge z. Kenntniss der Leukocytose. Leipzig 1892.

9. Медвѣдевъ, Объ отношеніи лейкоцитовъ къ поступленію въ кровь нѣкоторыхъ веществъ. Диссертація. С. Петерб. 1893.

10. Гольцманъ, Къ вопросу о лейкоцитахъ. Диссертація. С. Петерб. 1893.

11. Е. Боткинъ, Къ вопросу о вліяніи альбумозъ и пептоновъ на нѣкоторыя функціи организма. Диссерт. С. Петерб. 1893.

12. Schulz, Exp Untersuchung über d. Vorkommen und d. diagn. Bedeutung d. Leukocytose. Deutsch. Arch. f. klin. Medic. 1893.

13. Goldscheider und Jacob, Ueber die Variationen d. Leukocytose. Zeitschr. f. klin. Medic. Bd. 25. 1894.

14. Н. Чистовичъ, Къ вопросу о лейколизѣ. Больничная газета Боткина № 9, 1894 u. Centralbl. f. d. med. Wissenschaften 1894.

15. Müller, Ueber d. Verhalten d. Leukocytose nach Bakterieninjectionen. Dissert. Berlin 1894.

16. Виноградовъ, А. Матерьялы къ изученію вліянія измѣненій артеріальнаго кровянаго давленія на морфологію крови. Диссертація. С. Петерб. 1894.

17. Омелянскій, О вліяніи мѣстныхъ разстройствъ кровообращенія на морфологическій составъ крови. Диссерт. С. Петербургъ 1894.

18. Семакинъ, Къ вопросу о неравномѣрномъ распрѣделеніи бѣлыхъ шариковъ въ кровеносныхъ сосудахъ. Диссерт. С. Петерб. 1895.

19. Е. Боткинъ, О растворимости бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ въ пептонѣ. Больничная газета Боткина № 22, 1894. Стр. 553.

20. Н. Чистовичъ, Къ вопросу о вліяніи пептона на бѣлые кровяные шарики. Больничная газета Боткина № 33, 1894.

21. Марковичъ, Къ вопросу о морфологическихъ измѣненіяхъ бѣлыхъ шариковъ въ кровеносныхъ сосудахъ. Диссерт. С. Петербургъ 1895.

22. Hofmeister, Zur Lehre vom Pepton, Zeitschr. f. physiol. Chemie, 1880, Bd. IV.

23. Jons, Ueber entzündliche Leukocytose, Beiträge f. pathol. Anatomie, Bd. X, 1891, s. 298.

Referate.

Prof. Angerer: Zur Heilung des Krebses mit Erysipelserum nach Emmerich und Scholl. (Münch. medic. W. Nr. 21).

Bezugnehmend auf die in der «Deutschen medicinischen Wochenschrift» Nr. 17 von Emmerich und Scholl veröffentlichten klinischen Erfahrungen über die Heilung des Krebses mit Erysipelserum theilte A. in der Sitzung des Münchener ärztlichen Vereins vom 15. Mai 1895 die Krankengeschichten der 5 von Emmerich behandelten Patienten seiner Abtheilung mit. Die erste Patientin, eine 52-jährige Frau mit Mammacarcinom, erhielt 3 Injectionen mit 5 ccm Serum und wurde darnach operirt. Die Injectionen sollten nur den Zweck haben, etwaige histologische Veränderungen am Carcinom nachweisen zu können. Die zweite, 51-jährige Kranke litt an beiderseitigem Mammacarcinom. Nach 6 Injectionen wurde bei der Operation nicht der geringste Einfluss auf das Carcinom wahrgenommen. Die dritte Kranke, 81 Jahre alt, hatte ein grosses Sarkom, ausgehend von der Parotis. Im Ganzen wurden mit 9 Injectionen etwa 60 ccm Serum eingeführt. Im Anschluss an die letzte Injection entstand ein typisches schweres Erysipel, das 7 Tage dauerte und das Leben der Kranken ernstlich bedrohte. Einen Einfluss auf die Neubildung haben weder die Injectionen noch das Erysipel gehabt, die Kranke befand sich zur Zeit noch in der Klinik und war dem Tode nahe. Diese 3 Fälle erwähnt Emmerich in seiner Publication nicht näher. Die vierte Kranke (bei E. Fall I) litt an einem inoperablen Carcinomrecidiv der Mamma. Sie erhielt am 14. December 1894 die erste Injection von 1 ccm Erysipelserum, die an den folgenden 11 Tagen wiederholt wurden. Am 16. December war die Umgebung der Injectionsstelle erysipelatös, die Kranke fieberte bis 38,9. Gleichzeitig war der Urin stark eiweisshaltig. Die Krebsknoten wurden kleiner und die harte Infiltration ging zurück. Am 4. Januar 1895 wurde beim Verbandwechsel eine Spontanfractur der Clavicula, die schon vorher von krebsigen Drüsen eingebettet war, constatirt. Emmerich nimmt an, dass «die die carcinomatös entartete Clavicula einhüllenden Krebsmassen resorbirt wurden, so dass die Clavicula ihre bisherige Stütze verlor.» Richtiger wird es wohl sein, anzunehmen, dass das Carcinom Fortschritte gemacht, die ganze Dicke der Clavicula durchwuchert hatte und deshalb die Spontanfractur entstanden ist. Das Zurückgehen der Recidivknoten lässt sich wohl eher auf eine Heilwirkung des Erysipels zurückführen. Am 23. Januar wurde die Kranke entlassen. Emmerich sagt in seiner Mittheilung vom 25 April, dass bis heute ein Recidiv nicht aufgetreten ist. A. zog Erkundigungen über das weitere Schicksal der Kranken ein und erfuhr, dass sich Anfang März an der Operationsnarbe und an der anderen Clavicula neue Krebsknoten gebildet hatten. Am 28. März ist die Patientin an Kachexie gestorben. Der als Fall II von Emmerich mitgetheilte Krankenbericht betrifft eine 64-jährige Frau mit lokalem Recidiv nach Mamma-Amputation. Dieselbe erhielt vom 20.—27. December 1894 je eine Injection und wurde am 28. December auf ihren Wunsch aus der Klinik entlassen. Durch die Injectionen war keine Reaction erzielt, ausser mässiger Erweichung des unteren Knotens. Anfang Mai war nach Mittheilung des behandelnden Arztes an der linken Mamma ein grosses, kraterförmiges Geschwür vorhanden. Ringsherum mehrere bis bohnengrosse Tumoren. Drüsen am Hals und Brustbein und in der Achselhöhle vergrössert.

Auf Grund dieser Daten sieht sich A. zur Schlussfolgerung gezwungen, dass sich das Krebsheilserum Emmerich's als ein specifisches Heilmittel gegen Krebs bei seinen Kranken in keiner Weise bewährt hat und bedauert, dass nicht grössere Vorsicht und Zurückhaltung bei Empfehlung des neuen Heilmittels gegen eine so schwere Krankheit beobachtet wurde. Hierzu sei noch bemerkt, dass Emmerich, der von der Tagesordnung in Kenntniss gesetzt worden war, sich schriftlich als am Erscheinen verhindert entschuldigt hatte.

Weyert.

J. Cathomas: Ueber plötzlichen Gefässverschluss bei Influenza. (Münch. med. W. Nr. 27).

Publikation zweier Fälle von Arteriothrombose bei Influenza, die zu den selteneren Complicationen derselben zu rechnen ist. Die erste Patientin, eine 64-jährige Frau, die wegen eines chronischen Ekzems mit normalem Befunde von Seiten des Respirations- und Circulationsapparates in die medicinische Klinik des Prof. Eichhorst aufgenommen wurde, bekam anlässlich einer Influenzaepidemie eine Influenzabronchitis, gefolgt von Bronchopneumonie beider Lungen. Im Verlauf derselben (am 11. Tage) stellten sich plötzlich die Erscheinungen eines Gefässverschlusses im rechten Arme ein. Unter heftigen Schmerzen verfärbten sich Finger, Hand und Vorderarm anfänglich wachsgelb, später blauschwarz, bis zuletzt ein Demarkationsprocess aufzutreten begann. Das betreffende Glied fühlte sich kalt an, die Sensibilät war vermindert, später aufgehoben, der Puls in der A. radialis, brachialis, axillaris verschwunden. Die Herztöne wurden leise, der erste Mitral- und Tricuspidalton unrein und 3 Wochen nach Beginn der Influenza starb Patientin unter zunehmendem Collaps. Der anatomische Befund ergab neben lobulärer Pneumonie und Pleuritis fibrinosa duplex, Thrombus der rechten Arteria anonyma mit Fortsetzung in die Arteria axillaris und brachialis, Atherom der Aorta. Der zweite Fall, der bei einem kräftigen 40-jährigen, bis zur Influenzaerkrankung gesunden Manne ein ähnliches Bild im Beginne (acut einsetzende Gefässverstopfung nach einem Hustenanfall) im Verlaufe und im Ausgange der Gefässerkrankung (symmetrische Gangrän beider unterer Extremitäten) mit Exitus letalis aufwies, unterschied sich vom oben angeführten Falle dadurch, dass die Affection des Gefässapparates sich erst in der Reconvalescenzperiode nach Ablauf einer Influenzabronchitis mit pneumonischer Infiltration entwickelte. Auch hier war, obschon eine Section nicht vorgenommen wurde, aller Wahrscheinlichkeit nach eine stürmisch verlaufende Arteriothrombose die Ursache der Gefässverstopfuug, weil eine Anomalie des Herzens oder eine atheromatöse Erkrankung der Gefässe nicht zu constatiren war. Der Fall wurde im Januar 1890 von Prof. Eichhorst beobachtet.

Weyert.

Vermischtes.

— Am 28. September n. St. ist Louis Pasteur im 73. Lebensjahr gestorben. Mit ihm ist wieder einer der genialsten Naturforscher dieses Jahrhunderts dahingegangen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. September d. J. 6388 (76 mehr als in d. Vorw.), darunter 670 Typhus — (4 mehr), 710 Syphilis — (17 mehr), 104 Scharlach — (19 mehr), 29 Diphtherie — (7 wen.), 17 Masern — (1 mehr), und 13 Pockenkranke — (7 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis 16. September 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
258	226	484	110	27	95	7	6	16	44	40	38	36	27	29	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 8, Scharlach 13, Diphtherie 11, Croup 4, Keuchhusten 12, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 7, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 61, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 3. October 1895.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. October 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137, кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскiй пр., 32/34, кв. 13.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.

Frau **Duhtzmann**, Демидовъ переулокъ, д. 9, кв. 9.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб. 25 Сентября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 39 St. Petersburg, 30. (12. October) September **1895**

Inhalt: Prof. Dr. Karl Dehio: Bronchostenose und Bronchopneumonie. — Dr. Theodor Enmann: Ein Fall von Placenta praevia. — Referate: C. Fischer: Eingeklemmter Bauchwandbruch. — J. William White: The results of double Castration in hypertrophy of the prostate. — Bücheranzeigen und Besprechungen: W. Reitz: Vorlesungen über Pathologie und Therapie des Kindesalters — Ernst Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. — C. Freiherr v. Bokitansky: Lehrbuch für Hebammen. — Vermischtes. — An die Redaction eingesandte Bücher. — Mortalitäs-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Bronchostenose und Bronchopneumonie.

Von
Prof. Dr. Karl Dehio.

Nach einem in der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat gehaltenen Vortrag.

Die Pathogenese der sogenannten katarrhalischen Lungenentzündungen oder der Bronchopneumonien ist jetzt, wo wir gelernt haben, alle tuberculöse Lungenerkrankungen scharf von den durch andere Entzündungserreger bewirkten Erkrankungen des Bronchialbaumes und des Lungenparenchyms zu trennen, so einfach und klar, dass es überflüssig ist, darüber viel Worte zu verlieren. Wo das Secret der Bronchialschleimhaut nicht in genügendem Maasse expectorirt wird, wo sich pathogene oder phlogogene Mikroorganismen in den feineren Luftwegen anhäufen und Stauung und Zersetzung des Secretes innerhalb des bronchialen Röhrensystems oder einzelner Theile desselben eintritt, da sind die Bedingungen zur Entstehung der katarrhalischen, lobulären Pneumonie gegeben.

Wenn wir aber einen Schritt weiter gehen und nach den Ursachen forschen, welche zu einer solchen Secretstockung innerhalb der Bronchen führen können, ist es mit der Einfachheit der Frage zu Ende. Der Möglichkeiten, die hier aufgezählt werden müssten, giebt es so viele, dass sie sich kaum übersehen lassen. Es ist daher die Aufgabe der klinischen Beobachtung und Ueberlegung, in jedem einzelnen Fall die speciellen Umstände aufzudecken, welche zur Entstehung der Pneumonie geführt haben — und nicht immer ist diese Aufgabe leicht zu lösen.

A priori ist es unschwer begreiflich, dass eine stenotische Verengerung der Bronchen die Selbstreinigung der hinter der verengten Stelle gelegenen Abschnitte des Bronchialbaumes sehr erschweren und eventuell unmöglich machen und somit durch Secretstauung zur Bronchopneumonie führen kann. Aber nichts desto weniger hat diese Möglichkeit in der Literatur nur wenig Beobachtung gefunden, und nur ganz gelegentliche kurze Bemerkungen in den Lehr- und Handbüchern weisen darauf hin, dass bei schweren Bronchialstenosen schliesslich auch Pneumonien als Complication und gar als Todesursache auftreten können. — Mir scheinen diese durch eine localisirte Verengerung der Luftwege bedingten Pneumonien doch eine grössere Aufmerksamkeit zu verdienen, zumal sie durch die Eigenartigkeit ihres Verlaufes sehr auffallen und bedeutende diagnostische Schwierigkeiten verursachen können.

Die folgenden zwei Beobachtungen mögen zur Illustration des Gesagten dienen.

Fall I. Herr A. S., Professor, hat sich während seines ganzen Lebens einer felsenfesten Gesundheit und einer äusserst kräftigen Constitution zu erfreuen gehabt, welche ihn in den Stand setzte, nicht nur andauernde Arbeit, sondern auch sonstige geistige und körperliche Anstrengungen mit Leichtigkeit zu ertragen. Im Sommer des Jahres 1893, in seinem 62. Lebensjahr begann er über eine leichte Beengung der Brust und Hustenreiz zu klagen, was ihn jedoch nicht abhielt seinen wissenschaftlichen Beschäftigungen, die ihn gerade damals stark in Anspruch nahmen und ihn für den ganzen Tag ans Laboratorium fesselten, in gewohnter Weise nachzugehn. Im August verschlimmerte sich sein Zustand ohne ersichtliche Ursache ziemlich plötzlich, er begann zu fiebern und klagte über schmerzhafte Empfindungen im oberen Theil der rechten Brusthälfte. Hier entwickelte sich etwa im Laufe einer Woche unter hohen Temperaturen, die des Abends über 39,0° C. betrugen, eine pneumonische Verdichtung, welche zu Dämpfung und Bronchialathmen im ganzen rechten Oberlappen führte. Der Auswurf war zäh schleimig, nur zuweilen etwas röthlich tingirt, die Athmung beschleunigt, das Aussehen leicht cyanotisch. Trotz anhaltender Bettruhe und sorgsamer Pflege trat eine Resolution der pneumonischen Infiltration nicht ein und das Fieber, welches einen unregelmässig remittirenden Charakter mit abendlichen Exacerbationen zeigte, die oft über 40,0° C. betrugen, dauerte monatelang mit grösserer oder geringerer Heftigkeit an. Die physikalischen Erscheinungen am rechten Oberlappen blieben ziemlich unverändert, nur dass die klingenden Rasselgeräusche bald mehr, bald weniger reichlich zu hören waren. Die übrigen Partien der rechten, sowie die ganze linke Lunge liessen einen mässigen chronischen Bronchialkatarrh mit spärlichen, zähen und trockenen Rasselgeräuschen erkennen. Im December desselben Jahres liess endlich das Fieber nach, und Patient, welcher durch dasselbe sehr angegriffen worden war, begann sich sichtlich zu erholen. Dementsprechend ging auch die pneumonische Verdichtung

zurück, der rechte Oberlappen hellte sich auf und liess wieder vesiculäres Athmungsgeräusch erkennen, nur in der Spitze desselben blieben Dämpfung und lautes bronchiales Athmungsgeräusch zurück. Die vordere obere Gegend der rechten Hälfte des Brustkorbes blieb beim Athmen zurück und war deutlich eingesunken.

Gegen Weihnachten verliess Patient das Bett, im Januar 1894 machte er bei günstiger Witterung einige Spaziergänge und zu Ende des Monats war er sogar im Stande etwa eine Woche lang Colleg zu lesen. Dann aber begann das Fieber von Neuem mit grosser Heftigkeit; es war von remittirendem Typus und zeigte plötzliche, zu sehr verschiedenen Tageszeiten eintretende Steigerungen, welche von Frösten eingeleitet wurden, und unter starken Schweissen meist zur Nachtzeit wieder abfielen; zeitweilige Temperaturen über 40,0° C waren keine Seltenheit. Zugleich traten neue pneumonische Schübe in der rechten Lunge auf, die nun auch den Mittel- und Unterlappen ergriffen, und im Laufe weniger Wochen war fast die ganze rechte Lunge verdichtet, der Percussionsschall überall gedämpft oder völlig dumpf, und überall nur lautes oder abgeschwächtes Bronchialathmen zu hören, das Sputum, stets spärlich, wurde in zähen, glasigen oder eitrig getrübten Klumpen entleert, welche zuweilen blutig gefärbt waren. Trotz vielfach wiederholter Untersuchungen gelang es niemals Tuberkelbacillen in demselben nachzuweisen, und nur hin und wieder enthielt es kleine Bruchstücke elastischer Fasern. Nur eine kleine Partie des rechten Mittellappens blieb von der Verdichtung verschont; in den seitlichen und hintern untern Partien war das Bronchialathmen so leise, dass an ein pleuritisches Exsudat gedacht werden konnte; mehrfache Probepunctionen ergaben aber ein negatives Resultat. Bei dem anhaltenden, nur in den Morgenstunden unregelmässig remittirenden Fieber nahmen die Kräfte rasch ab und die allgemeine Abmagerung machte rapide Fortschritte. Ab und zu an schweren Fiebertagen war eine geringe febrile Albuminurie zu bemerken, sonst aber zeigte der Urin nichts Auffallendes. Im Februar begann in der Gegend der 8. rechten Rippe eine Intercostalneuralgie, die sich später so verstärkte, dass Patient bei jeder Bewegung und bei jedem Versuch ihn bequemer zu lagern, laut aufschrie und nur mit Hülfe von Morphiuminjectionen etwas Schlaf fand. Später traten eben solche Schmerzen auch in der linken Brusthälfte auf, ohne dass die physikalische Untersuchung eine Ursache derselben erkennen liess. Im letzten Lebensmonat war Patient so schwach, dass er beim Sprechen kaum verstanden wurde, in den letzten Wochen wurde der Puls sehr klein und unregelmässig und am 10. April 1894 trat der Tod unter hochgradigster Entkräftung ein.

Die Section des auf's Aeusserste abgemagerten Körpers ergab in der Hauptsache Folgendes:

Nach Entfernung des Brustbeins erscheint das Herz in Folge der Retraction der rechten Lunge nach rechts verlagert, und die linke Lunge ist mit ihrem vorderen emphysematös geblähten Rande bis zur rechten Sternallinie herübergezogen. Der Herzbeutel leer, desgleichen auch die linke Pleurahöhle. Das Herz in allen seinen Abschnitten dilatirt und im Uebrigen unverändert. Die linke Lunge sehr gross, an den Rändern emphysematös, an den hinteren unteren Partien blutreich und von reichlicher Oedemflüssigkeit durchtränkt. Der untere Lappen von zahlreichen, kleinen, frischen, lobulären Entzündungsherden durchsetzt. Nach Entfernung der linken Lunge finden sich die im hintern Mediastinum und um die Bifurcation der Trachea gelegenen Lymphdrüsen in ein reichlich zwei Faust grosses unregelmässig gestaltetes Paquet von knolligen Krebsknoten verwandelt, die im Centrum mehrfach erweicht sind (Medullarkrebs). Indem dieselben von links her gegen die Trachea andrängen, haben sie dieselbe nach rechts ausgebogen, ohne jedoch ihr Lumen beträchtlich zu verengen. Der rechte Bronchus dagegen ist völlig von Krebsknollen umwachsen und durch dieselben stark comprimirt und verengt; zugleich sind die Krebsknoten an der Lungenwurzel auch in das Lungenparenchym selbst unregelmässig vorgewachsen, und etwa zwei Centimeter von der Bifurcation entfernt findet sich eine Stelle, wo die Krebsmassen von aussen her in den Bronchus durchgebrochen und in die Lichtung desselben derart vorgewuchert sind, dass die letztere fast völlig verlegt ist. Peripherwärts von dieser stenosirten Stelle findet sich eine allgemeine cylindrische Bronchiektasie des gesammten Bronchialbaumes, welcher von massenhaftem eitrigem Secret erfüllt ist. Der rechte Oberlappen ist von einer grossen Menge spindeliger und sackförmiger bronchiektatischer Cavernen durchsetzt, das Parenchym luftleer, pneumonisch verdichtet, stark pigmentirt und bindegewebig geschrumpft. Der rechte Unterlappen durch confluirende, lobuläre Verdichtungen jüngeren Datums völlig luftleer und klein, ebenso der Mittellappen, dessen vordere Hälfte allein noch lufthaltig ist.

Die ganze rechte Lunge mit der Thoraxwand verwachsen, die Vorderfläche des rechten Brustkorbes durch die Lungenschrumpfung eingezogen, die rechte Zwergfellshälfte sehr hochstehend. Die Pulmonalgefässe und der Oesophagus nicht verändert. Am Angulus der 8. rechten Rippe ein apfelgrosser Krebsknoten, welcher die letztere durchgefressen hat; desgleichen am Angulus der 6. linken Rippe ein hühnereigrosser Krebsknoten, welcher dieselbe zwar arrodirt aber noch nicht völlig durchtrennt hat. — In der mässig vergrösserten Leber viele metastatische, central erweichte Carcinomknoten; die vor der Wirbelsäule gelegenen retroperitonäalen Lymphdrüsen krebsig degenerirt und in ein fast kindskopfgrosses Paquet unregelmässig gestalteter Knollen verwandelt. — Mässiger chronischer Magencatarrh mit etwas Dilatatio ventriculi, kein Magencarcinom; Darm unverändert. — Geringer Grad von Schrumpfniere; Nebennieren intact; Harnblase unverändert. Milz weich und brüchig. Geringe colloïde Degeneration der Schilddrüse. Hochgradige Atheromatose der Aorta. Vena cava und Venae iliacae unverändert. — Nirgends eine Spur von Tuberculose.

Die mikroskopische Untersuchung der rechten Lunge, welche ich der freundlichen Unterstützung des Dr. Lunz, Assistenten des pathologischen Instituts, verdanke, ergab die Veränderungen der lobulären Pneumonie in ihren verschiedenen Stadien. Die frischeren, jüngeren Krankheitsherde zeigten vorwiegend eine durch die Vermehrung der Alveolarepithelien und das Eindringen von Rundzellen bewirkte Ausfüllung der Lungenalveolen in kleinen, anscheinend lobulären Herden, zwischen denen noch hie und da einzelne lufthaltige Lungenbläschen übrig geblieben waren. In anderen Theilen war die pneumonische Verdichtung gleichmässig über die ganze Lunge ausgebreitet; vielfach waren die Alveolarsepta kleinzellig infiltrirt, wobei zugleich eine sehr bedeutende Erweiterung und Schlängelung der Lungencapillaren zu bemerken war, wie sie bei chronischer Stauungshyperämie der Lungen einzutreten pflegt. Mehrfach waren im rechten Oberlappen auch die Zeichen der secundären Schrumpfung der entzündeten Lungenpartie bemerkbar: Das kleinzellige Infiltrat nahm mehr das Aussehen homogenen Bindegewebes an, innerhalb dessen grosse, erweiterte Lumina von Gefässen oder kleinen Bronchen zu bemerken waren.

Schnitte, die mit Methylenblau oder nach Gram gefärbt waren, wurden benutzt, um Mikroorganismen aufzusuchen; es fanden sich in den pneumonischen Exsudatmassen Mikrococcen, die theils zu zweien als Diplococcen oder in Form kurzer Ketten als Streptococcen angeordnet waren. Kulturversuche mit denselben sind nicht gemacht worden. — Bacillen waren nicht zu sehen.

Erinnere ich mich nun des Krankheitsverlaufes, so muss ich gestehen, dass derselbe mir erst durch die Ergebnisse der Section verständlich geworden ist. Eine ziemlich plötzlich beginnende Pneumonie des rechten Oberlappens verläuft unter hohem, unregelmässig remittirendem, mit Schüttelfrösten durchsetztem Fieber und hält vom August bis October an, um sodann allmählich zurückzugehen, wobei eine chronische Lungenschrumpfung zurückbleibt. Wenige Wochen später wiederholt sich derselbe Process im rechten Mittel- und Unterlappen mit grosser Heftigkeit und unter unregelmässigem, hohem Fieber und führt etwa $2^1/_2$ Monate später zum Tode, nachdem die ganze Krankheit ungefähr 9 Monate gedauert hatte.

Natürlich wurde anfangs an eine lobuläre Pneumonie gedacht, obgleich der ungewöhnliche, protrahirte Beginn, der sonderbare Fiebertypus und das Fehlen eines charakteristischen Auswurfes wohl Bedenken erregen mussten. Später erhielt das Krankheitsbild mehr Aehnlichkeit mit einer floriden Lungentuberculose, aber das Freibleiben der linken Lunge und das permanente Fehlen der Tuberkelbacillen im Auswurf zwangen uns auch diese Vermuthung fallen zu lassen. Auch die Möglichkeit septisch-embolischer Processe musste zurückgewiesen werden, da der Beginn der Erkrankung allzu deutlich darauf hinwies, dass der primäre Entstehungsherd in der Lunge lag und für eine kryptogenetische Sepsis gar keine Anhaltspunkte vorhanden waren.

Am ehesten erinnerte die Krankheit noch an die schweren, mit hohem Fieber verlaufenden, ausgedehnte Lungenpartien ergreifenden Pneumonieformen, welche theils primär, theils im Verlaufe der Masern, der Diphtherie, der Influenza und anderer Infectionskrankheiten auftreten und von Finkler[1]) als Streptococcenpneumo-

[1]) D. Finkler. Die acuten Lungenentzündungen als Infectionskrankheiten. Wiesbaden 1891.

nien bezeichnet worden sind, weil sich in der überwiegenden Mehrzahl derselben Streptococcen oder eine Mischinfection von Strepto- und Staphylococcen als Krankheitsursache vorfinden. Der Verlauf dieser Pneumonien ist stets von schwerem Fieber und oft von typhösen Erscheinungen begleitet und meist ein acuter, der entweder bald zum Tode oder in 2—6 Wochen zur Resolution und Genesung führt. Allein Finkler giebt auch (l. c. p. 492) an, dass subacute bis chronische Zustände entweder aus den vorhergehenden sich entwickeln oder von Anfang an als solche eintreten können. Was die Pathogenese dieser Form der Lungenentzündung betrifft, so kann dieselbe von den Blut- und Lymphgefässen der Alveolarsepta ihren Ursprung nehmen, was für eine Infection der Lungen auf dem Blutwege spräche — sie kann sich aber auch von den Bronchen aus auf die Alveolen und das Lungenparenchym fortsetzen, und somit bronchogenen Ursprungs sein. Welche von beiden Möglichkeiten in unserem Falle zutraf, liess sich nicht entscheiden, ebenso wenig, als es uns möglich war, die Ursachen aufzufinden, welche die Krankheit nicht zu ihrem gewöhnlichen Abschluss kommen liess, sondern sie Monate lang unterhielt. Meine Diagnose lautete also schliesslich: Streptococcenpneumonie mit protrahirtem Verlauf.

Erst die Section brachte Klarheit in den räthselhaften Krankheitsvorgang. Die letzte Ursache desselben ist in der Carcinose der Bronchialdrüsen zu suchen. So wenig es sich mit unsern Anschauungen über die Entstehung der carcinomatösen Neubildung verträgt, dass dieselbe ihren primären Sitz in einer Lymphdrüse haben kann, so steht die Thatsache doch fest, dass beim Krebs der mediastinalen und bronchialen Drüsen der erste Anlass zur krebsigen Degeneration bei der Section oft nicht nachgewiesen werden kann. Das war auch hier der Fall. Ein primärer Lungenkrebs war jedenfalls nicht vorhanden. Für die uns beschäftigende Frage nach der Entstehung des pneumonischen Processes, welcher das ganze Krankheitsbild beherrschte, ist übrigens dieser erste Stein des Anstosses nicht weiter von Belang. Das Carcinom der Bronchialdrüsen hatte zu einer allmählich immer hochgradiger werdenden Compressionsstenose des rechten Hauptbronchus geführt, welche noch dadurch verstärkt wurde, dass schliesslich die Neubildung in den Bronchus durchbrach und denselben fast völlig verlegte. Oberhalb der stenosirten Stelle fand sich eine allgemeine, cylindrische Erweiterung des gesammten Bronchialbaumes, welcher von massenhaftem eitrigen Secret erfüllt war. Ich glaube nun nicht fehl zu gehen, wenn ich die Pneumonie auf diese Secretstauung zurückführe. Dafür haben wir ja bei der putriden Bronchitis mit ihren intercurrenten Bronchopneumonien genügende Analogien. Ich habe das Bronchialsecret leider nicht bacteriologisch untersucht, bin aber überzeugt, dass sich in demselben ebenso die Diplo- und Streptococcen hätten nachweisen lassen, wie in den entzündeten Lungenpartien selbst. Hat sich somit in unserem Fall eine zureichende Ursache für die Pneumonie gefunden, so fragt sich nur, warum dieselbe einen so eigenthümlichen, protrahirten Verlauf genommen hat. Unter gewöhnlichen Verhältnissen besitzen der Organismus und speciell die Lungen offenbar die Fähigkeit die von den Luftwegen ausgegangene Streptococceninvasion siegreich, wenn auch unter schweren Erscheinungen der Allgemeininfection zu überwinden. Die pneumonische Verdichtung löst sich, das Exsudat wird theils resorbirt, theils expectorirt und die Expectoration ist gewiss eines der werthvollsten Hilfsmittel, durch die sich die erkrankte Lunge von den eingedrungenen Entzündungserregern befreit. In unserem Fall nun versagte dieses Mittel. Die Stenose des Bronchus bewirkte eine permanente Stagnation des infectiösen Bronchialsecretes und verhinderte die Selbstreinigung der inficirten Lunge, welche viel mehr stets neuen Infectionen ausgesetzt war. Wenn auch schliesslich im Oberlappen durch reactive Bindegewebsneubildung eine relative Heilung einzutreten schien, — ein der Lungenschrumpfung bei Tuberculose analoger Vorgang — so wurden doch die anfänglich verschonten mittleren und unteren Lungenabschnitte gleichfalls ein Opfer der durch Secretstauung verursachten Streptococceninvasion; der damit verbundenen Allgemeininfection ist der Organismus schliesslich erlegen. Die Krankengeschichte lehrt uns, dass die klinischen Erscheinungen und der Verlauf der Bronchopneumonien nicht blos abhängig sind von der Art und der Virulenz der eingedrungenen Krankheitserreger, sondern auch davon, ob die mechanischen Verhältnisse im Bronchialbaum der Entfernung der Krankheitserreger durch die Luftwege günstig oder ungünstig sind.

Die Intercostalneuralgien, unter denen der Patient in den letzten Monaten so furchtbar litt, wurden durch die secundären Krebsknoten an den Rippen hervorgerufen.

Es sei mir noch eine Bemerkung über die Diagnose gestattet Die carcinomatösen Bronchialdrüsen lagen, wie die Section nachwies, in der Tiefe der Brusthöhle, allseitig von den Lungen bedeckt, so dass sie dem physikalischen Nachweis nicht zugänglich waren. Die Bronchostenose ist allmählich entstanden und als ich den Patienten zu Gesicht bekam, war die Verdichtung des rechten Oberlappens schon voll entwickelt; es ist daher wohl begreiflich, dass die auscultatorischen Zeichen der Verengerung des Bronchus durch die physikalischen Symptome der Pneumonie verdeckt wurden. Die Stenose lag ausserdem am peripheren Ende des Hauptbronchus, da wo derselbe sich in seine Hauptzweige trennt, und wenn auch bei der Section ein sicheres Urtheil darüber, welcher dieser Hauptzweige zuerst der Compression unterlegen ist, nicht mehr möglich war, so halte ich es doch nach dem Krankheitsverlauf für sehr wahrscheinlich, dass der Bronchus des Oberlappens schon zu Beginn der Krankheit verlegt worden ist und die beiden anderen erst zu jener Zeit in Mitleidenschaft gezogen wurden, als die Pneumonie sich auch den übrigen Abschnitten der Lunge mittheilte. Die Diagnose hätte also die isolirte Stenose des zu den jeweilig verdichteten Lungenabschnitten führenden Bronchus zweiter Ordnung erkennen müsssn — eine Aufgabe, die ich mir auch heute nicht zu lösen getraue.

Wohl aber dürfte es zuweilen möglich sein, aus dem Auftreten einer Pneumonie den Rückschluss auf die Stenose des zuführenden Bronchus zu machen. Durch die Erfahrungen des vorstehenden Falles belehrt, habe ich solches bei einem zweiten Kranken, der an einem Carcinom der Bronchialdrüsen litt, gethan, und, wie die Section lehrte, mit Recht.

Ich erlaube mir, auch diesen zweiten Fall in Kürze zu referiren.

Fall II. Der 52 Jahr alte Maurer M. W., seit einem Jahr verwittwet, giebt an früher immer gesund gewesen zu sein. Seine jetzige Krankheit begann angeblich im Juli 1894 mit Stichen in der linken Brustseite und kitzelnden oder juckenden Gefühlen hinter dem Brustbein. Der Husten, welcher übrigens schon früher in mässigem Grade bestanden hatte, steigerte sich um diese Zeit und Patient giebt an, dass er etwa 14 Tage lang ein blutig gefärbtes Sputum expectorirt habe. Seit der Zeit fühlte Patient sich matt und angegriffen, obgleich das Seitenstechen nach 3 Wochen nachliess. Ende August stellten sich starke Schmerzen in den vorderen Partien der Brustknochen und besonders im Brustbein ein, die sich bei jeder Bewegung derart steigerten, dass Patient nicht mehr arbeiten konnte; nur bei völlig regungslosem Liegen waren die Schmerzen erträglich. Diese Beschwerden veranlassten ihn am 3. October in die Hospitalklinik einzutreten.

Patient, von welker Haut, schlaffer Musculatur, reducirtem Fettpolster und recht blassen Schleimhäuten, nimmt beständig die Rückenlage ein, da jede andere Stellung sowie alle Bewegungen ihm heftige Schmerzen verursachen, die in der unteren Hälfte des Brustbeins beginnen und von hier nach

beiden Seiten ausstrahlen. Das Corpus sterni hat seine normale, platte Gestalt eingebüsst und ist in der Höhe des Ansatzes des fünften Rippenknorpels derart zusammengeknickt, dass der obere und der untere Theil des Knochens einen nach hinten offenen Winkel von etwa 150° bilden. Der Scheitel des Winkels springt nach vorne hervor und auf der Höhe desselben ist die knochenharte Resistenz des Brustbeins durch eine prall elastische Weichheit ersetzt und hier eine grosse Druckempfindlichkeit vorhanden. Bei starkem Druck bemerkt man eine abnorme Beweglichkeit der oberen und unteren Brustbeinhälfte, welche sich auf der Höhe des vorspringenden Winkels gegen einander ein wenig verschieben lassen. Die Haut ist daselbst nicht geröthet und über ihrer Unterlage verschieblich. Eine Dämpfung ist in dem Bereich der vorspringenden Brustpartie nicht vorhanden. Der Thorax ist im Uebrigen symmetrisch, die Athmung etwas beschleunigt und oberflächlich; der percutorische Lungenschall durchweg laut, die unteren Lungenränder stehen dem Alter des Kranken entsprechend etwas tief. Das Athmungsgeräusch ist durchweg vesiculär und von zahlreichen mittelblasigen trockenen Rasselgeräuschen begleitet. Schleimig eitriger ziemlich reichlicher Auswurf. — Der Spitzenstoss des Herzens befindet sich im 6. Intercostalraum, die Herzdämpfung ist klein und beginnt an der 5. Rippe, die Herztöne leise aber rein, desgleichen auch die Gefässtöne am Halse. Der Radialpuls rechts und links synchron und links etwas kleiner als rechts. — Die linke Regio supraclavicularis ist von einem grossen harten, nicht druckempfindlichen Lymphdrüsenpaquet eingenommen. Die palpabelen Arterien hart und geschlängelt. — An den übrigen Organen keine auffallenden Veränderungen. Kein Fieber, Neigung zur Verstopfung.

Die Diagnose wurde auf eine maligne Neubildung im vorderen Mediastinum gestellt, welche das Brustbein arrodirt und quer durchtrennt hatte, aber sonst keine schwereren Druckerscheinungen im Inneren des Thorax hervorrief. Die Kleinheit des linksseitigen Radialpulses wurde durch den Druck der vergrösserten supraclavicularen Lymphdrüsen erklärt.

In den folgenden drei Wochen nahm die Kachexie des Patienten allmählich zu, und die Vorwölbung am Brustbein wurde stärker. Am 2. November bemerkte man, dass sich die linke fünfte Rippe aus ihrer Verbindung mit dem Brustbein gelöst hatte und abnorm beweglich geworden war. Auf der Vorwölbung des Brustbeinkörpers ist nun eine deutliche Dämpfung vorhanden, welche mit der Herzdämpfung verschmilzt. Die Schmerzen bei allen tieferen Athemzügen und beim Husten sind sehr gross und rauben dem Kranken den Schlaf, welcher nur durch tägliche Morphiuminjectionen erzielt werden kann. Am 16. November wird constatirt, dass auch die 4. rechte Rippe durch das Weitergreifen der Neubildung ihren Halt am Sternum verloren hat.

Am 25. November tritt eine rapide Verschlechterung des Zustandes ein. Die bisher subnormalen Temperaturen erheben sich ein wenig und Patient collabirt zusehends. Der Husten verstärkt sich, und während bisher von Seiten der Lungen nur die Symptome einer allgemeinen Bronchitis vorhanden waren, findet sich nun im linken Oberlappen bis herab zur dritten Rippe Dämpfung und bronchiales Athmungsgeräusch; links hinten unten eine leichte Dämpfung und abgeschwächtes Athmen. Eine am 28. November vorgenommene Probepunction ergab ein seröses, pleuritisches Exsudat. Von nun an ging es rapide abwärts, die Schwerathmigkeit und die Schmerzen steigerten sich, die Herzschwäche nahm zu, auf beiden Lungen traten reichliche, kleinblasige Rasselgeräusche auf, an den Füssen und Unterschenkeln entwickelten sich kachectische Oedeme und am 14. December erfolgte der Tod.

Die Section ergab einen grossen Carcinomknoten an der hinteren Seite des Brustbeins, welcher die Continuität des Corpus sterni unterbrochen und den Zusammenhang desselben mit den anstossenden Rippen zerstört hatte. Nach hinten wurde dieser Carcinomknoten von der äusseren Fläche des Herzbeutels und den Umschlagsfalten beider Pleurasäcke begrenzt, sodass im Uebrigen das vordere Mediastinum und das Ursprungsgebiet der Aorta und der Pulmonalarterie frei war. Am Hilus der linken Lunge sind die Bronchialdrüsen stark vergrössert und von reichlichen markigen carcinomatösen Massen durchsetzt. Auch das Lungenparenchym ist an der Lungenwurzel zum Sitz einer unregelmässig gewucherten Krebsneubildung geworden, durch welche die zum Oberlappen gehörige Pulmonalvene und der entsprechende Bronchus comprimirt werden, dass sie kaum noch für eine dünne Taschenbuchbleifeder durchgängig sind. Die Neubildungsmassen sind im Centraltheil der Lunge vielfach auch als zerstreute Heerde anzutreffen; ihren Ursprung haben dieselben offenbar von der Schleimhaut des linken Hauptbronchus genommen, welche makroskopisch verdickt und oberflächlich ulcerirt erschien und unter dem Mikroskop einen typischen, flachen Schleimhautkrebs erkennen liess. Im Oberlappen peripherwärts vom comprimirten Bronchus eine hochgradige bronchiectatische Erweiterung aller Bronchialzweige, welche mit schmutzig bräunlichem Secret erfüllt waren. Das Parenchym des linken Oberlappens völlig luftleer und verdichtet und auf dem Durchschnitt von dunkelbrauner Farbe und reichlich pigmentirt. Der untere Lungenlappen hyperämisch, die Bronchialschleimhaut desselben geröthet und verdickt. In der linken Pleurahöhle ein geringes seröses Exsudat. Die rechte Lunge ebenso verändert wie der linke Unterlappen, die Luftwege derselben mit reichlichem, schleimig-eitrigem Secret erfüllt; carcinomatöse Veränderungen sind hier nicht vorhanden. — Krebsige Infiltration der linksseitigen Halsdrüsen sowie der retroperitonäalen Lymphdrüsen, welche in mehrere faustgrosse Paquete verwandelt sind.

Die mikroskopische Untersuchung des linken Oberlappens ergab die Veränderungen einer noch ziemlich frischen confluenten lobulären Pneumonie, combinirt mit einer hochgradigen venösen Stase, die zur maximalen Dilatation der Capillaren geführt hatte.

Die Analogie mit dem vorhergehenden Fall liegt auf der Hand. Auch hier hat eine carcinomatöse Neubildung an der Lungenwurzel zur Stenose des Bronchus des Oberlappens geführt und dieselbe Folge gesetzmässiger Störungen hervorgerufen: cylindrische Erweiterung der Luftwege, Secretstauung und schliesslich confluente lobuläre Pneumonie. Die gleichzeitige Compressionsstenose der linken obern Lungenvene war der Grund der starken cyanotischen Hyperämie der erkrankten Lungenpartie.

So wie eine progrediente eitrige Phlegmone nur dadurch zum Stillstand und zur Heilung gelangen kann, dass dem Eiter nach aussen Abfluss geschafft wird, so lässt eine, vielleicht durch dieselben Mikroorganismen bedingte, Bronchopneumonie auch nur dann einen günstigen Ausgang erwarten, wenn den infectiösen Krankheitsproducten der Ausweg durch den Bronchialbaum offen steht. Eine Stenose der Luftwege dagegen verursacht nicht nur oft die Pneumonie, sondern verhindert auch die normale Resolution derselben und verleiht ihr einen progredienten Charakter.

Ein Fall von Placenta praevia.

Von

Dr. Theodor Enmann.

Practischer Arzt in Polangen (Kurland).

J. M., 40 a. n. Bauersfrau consultirte mich am 24. Juli, um 4 Uhr Nachmittags mit der Angabe, dass sie im 8 Monat schwanger sei und seit ca. 3 Wochen an reichlicher Blutung leide, die in Folge medicamentöser Behandlung zeitweise sich nach Angabe der Patientin auf einige Tage vollständig einstellte, um dann wieder bei der geringsten Bewegung mit grosser Intensität einzusetzen. Seit ca. 8 Tagen sind die Blutungen fast ununterbrochen reichlich vorhanden, trotz nachgesuchter ärztlicher Behandlung. Seit ca. 1 Uhr Nachmittags des 24. Juli bestehen recht kräftige Wehen.

Patientin hat vor 5 und vor 3 Jahren zwei gesunde Kinder geboren, im Verlaufe der letzten 3 Jahre jedoch dreimal abortirt und zwar nach ihrer Angabe zweimal im 4. und einmal im 3. Monat. Jedesmal hat Patientin dabei reichliche Blutverluste gehabt. der letzte Abort hat vor ca. 1½ Jahren stattgefunden.

Status praesens: Stark anämische Patientin von mittlerer Grösse, mässig entwickeltem panniculus adiposus, klagt über allgemeine Schwäche, Schwindel. Puls klein, leicht unterdrückbar und frequent (116). Seit ca. 3 Stunden bestehen kräftige Wehen. Pat. giebt an, dass vor ca. 2 Stunden reichlicher Wasserabgang stattgefunden hat. — Bei der Inspection der Geschlechtstheile bemerke ich reichlichen Abgang flüssigen Blutes, untermischt mit grossen Blutgerinseln. Die sichtbaren Schleimhäute sind blass, livide verfärbt.

Aeussere Untersuchung. Steiss im Fundus uteri. Kopf oberhalb der Symphyse. Rücken in der linken Seite der Mutter, kleine Theile rechts oben neben dem Steiss fühlbar. Herztöne in der Mittellinie unterhalb des Nabels am deutlichsten wahrzunehmen.

Combinirte Untersuchung. Muttermund für 3 Finger bequem durchgängig. Beim Eingehen mit den Fingern in den äusseren Muttermund lässt sich eine schwammig anzufühlende weiche Masse unschwer als vorliegende Placenta erkennen. Von Eihäuten kann ich nichts entdecken. Die Blutung nimmt während der Untersuchung an Intensität zu. Vom hinteren Scheidengewölbe lässt sich der Schädel, der im Beckenausgang steht, deutlich abtasten.

Da die Diagnose Placenta praevia nunmehr unumstösslich fest steht und Patientin durch die ungeheure Blutung sich in collabirtem Zustande befindet, schreite ich nach einer subcutanen Campheraetherinjection (1:5) zur Ausführung der Wendung auf einen Fuss. Wegen hochgradiger Anämie und Mangel jeglicher geschulter Assistenz muss auf Narcose verzichtet werden. Da keine Eihäute zu constatiren sind, gehe ich mit der linken Hand, nach vorheriger gründlicher Desinfection, ein und versuche durch schabende Bewegungen den entsprechenden rechten Placentarabschnitt zu lösen und vorzudringen, muss mich aber bald wegen der ausserordentlichen Schwierigkeiten, die die Operation ohne Narcose als solche schon bietet, bald davon überzeugen, dass hier ein grosser Placentarabschnitt vorliegt und mir das Vorübergelangen längst der Placenta unmöglich ist. Da sich stetig viel Blut entleert, beschliesse ich im Interesse der Beendigung der Operation, einfach die Placenta zu durchbohren und so weiter vorzudringen, was mir auch bald gelingt. Ich ergreife den zunächst liegenden rechten Fuss. Das Hereinziehen des festgefassten Fusses in den Muttermund gelingt, da die Wehen während der Operation fast völlig sistiren wider Erwarten schnell. Nach vollendeter Wendung steht die Blutung fast ganz, ebenso haben die Wehen fast vollständig nachgelassen.

Nach einer gleich angestellten heissen Scheidenirrigation setzen die Wehen von Neuem kräftig ein. Die Blutung steht vorläufig vollständig. Da die kindlichen Herztöne kaum hörbar und sehr frequent sind und die Beendigung der Geburt im Interesse der Mutter, sowie des Kindes dringend geboten scheint, beschliesse ich die Extraction sofort anzuschliessen, obgleich mir die Schwierigkeit dieser Operation und die Gefahren für die Mutter wohl bewusst waren. Da jedoch gute Wehen bestehen, gelingt die Extraction wider Erwarten gut und es erfolgt die Geburt eines Placentarabschnittes zu gleicher Zeit mit der Extraction der Füsse, begleitet von einer intensiven Blutung. Da trotz des collabirten Zustandes der Patientin die Wehen in gleicher Intensität anhalten, gelingt die Entwickelung des Kopfes bei Anwendung des Winckel'schen Handgriffes verhältnissmässig leicht und es erfolgt mit der nächsten kräftigen Wehe die Geburt des Placentarrestes in toto und wiederum ein bedeutender Blutabgang. Ich lasse sofort ein Pulver Secale cornut 0,75 in Wein geben, da der Uterus sich weich anfühlt.

Patientin ist stark collabirt, Puls 110, klein und leicht unterdrückbar, klagt über starken Durst, die Athmung ist leicht dyspnoisch, Bewusstsein jedoch ungetrübt. Da Patientin ausserdem über Kälte klagt, lasse ich sie mit wollenen Decken warm zudecken, lasse ihr starken Wein geben und mache eine nochmalige Campherätherinjection (0,5 einer Lösung von 1:5). Die Blutung steht jetzt vollständig, der Uterus fühlt sich gut contrahirt an. Die Wiederbelebung des stark asphyctischen Kindes gelingt durch Besprengen mit kaltem Wasser im lauwarmen Bade bald. Von dem Beginn der Wendung bis zur Geburt des Kindes waren 7 Minuten verflossen. Bis auf einen ca. 4 Cm. langen Scheidendammriss, der mit 2 Suturen versorgt wird, sind keine weiteren Verletzungen vorhanden. Um den bestehenden Durst der Patientin zu befriedigen lasse ich abgekühlten Thee in kleinen Dosen in rascher Aufeinanderfolge geben. Die Geburt des Kindes erfolgte um 5 Uhr 16 Min. Nachmittags. Um 6 Uhr Abends, also ³/₄ Stunde nach der Geburt, hatte sich Patientin soweit erholt, dass sie, die bisher gar kein Interesse für das Kind an den Tag legte, sondern ganz apathisch dalag, nach dem Kinde verlangte. Der Puls war voller und weniger frequent geworden; die Blutung steht dauernd, auch hat Pat. sich erwärmt und klagt nicht mehr über Frost. Ich mache noch eine Scheidenirrigation mit einer Sublimatlösung 1:2000, versorge die Suturen mit Jodoformgaze und verlasse die Patientin, die sich mittlerweile verhältnissmässig gut erholt hat mit der Anweisung in ½-stündlichen Intervallen Thee und Wein zu verabfolgen um ca. 8 Uhr Abends. Temperatur 36.6°. — Am folgenden Tage den 25. Juli h. a. um 12 Uhr fühlt sich Pat. noch recht elend, sieht sehr anaemisch aus, klagt immer noch über anhaltenden Durst und Schwindelgefühl. Der Puls ist voller und kräftiger geworden. Appetit ist wenig vorhanden. Temp. 36,9°. Eine Blutung ist nicht mehr erfolgt, das Lochialsecret ist reichlich, nur mässig blutig verfärbt.

Im Verlaufe des sich anschliessenden fieberfreien Wochenbetts tritt keine Blutung mehr ein; die Mattigkeit und Schwäche weicht nur ganz allmählich, der Puls wird von Tag zu Tag besser, die Temperatur ist stets normal, im Durchschnitt zwischen 36,7° und 37.2° schwankend. Im Laufe von 4 Wochen während welcher Patientin das Bett hütet, bessert sich das Allgemeinbefinden allmählich, so dass Patientin am 29. Tage das Bett verlassen kann und freilich noch immer recht anaemisch aussehend, allmählich sich ihrer gewohnten Beschäftigung wieder widmen kann. Das Kind, welches sich allmählich entwickelt, wird von einer benachbarten Bauersfrau, die 2 Wochen vorher geboren hat, ernährt und gedeiht gut.

Referate.

C. Fischer: Eingeklemmter Bauchwandbruch. (Münch. med. W. Nr. 27).

Ein kräftig gebauter Mann hatte 2 Tage vor seiner Aufnahme in das Garnisonslazareth Bamberg beim Aufspringen auf das ungesattelte Pferd plötzlich einen heftigen Schmerz im Unterleib verspürt. Bei der Aufnahme fand F. in der Oberbauchgegend, links oben vom Nabel, eine leichte rundliche Hervorwölbung von etwa 6 cm. Durchmesser. In der Mitte dieser Schwellung war eine gut 2 cm breite, fast ebenso hohe, deutlicher vortretende, hart und etwas höckerig anzufühlende unbewegliche Geschwulst zu constatiren, welche bei nur leiser Berührung hochgradig schmerzte. Patient klagte über anhaltenden Schmerz an der betreffenden Stelle, namentlich bei Bewegungen, bei Husten und Liegen auf der linken Seite. Der Stuhlgang war normal, keine Brechneigung und kein Fieber vorhanden. Reposition des Bruches war nicht möglich. Daher nach einigen Stunden Operation. Nach Längsspaltung der vorliegenden Schichten und der verdünnten und gleichsam macerirten Muskelfasern verkleinert sich zuerst die eingeklemmte Geschwulst, um dann plötzlich zu verschwinden. Bei geringer Erweiterung der hinter dem Muskel befindlichen kleinen Oeffnung quillt eine ziemliche Menge klaren Bruchwassers hervor. Da ein weiterer Eingriff, auch nach wiederholter Untersuchung, nicht nothwendig schien, wurde die Wunde durch tiefe Nähte vereinigt. Heilung ohne Störung. Nach dem Verlauf der Operation hält F. eine sichere Diagnose, ob Netz- oder sogenannter Fettbruch vorlag, die ausserdem zusammen vorkommen können, nicht wohl für möglich. Weyert.

J. William White: The results of double Castration in hypertrophy of the prostate. Annals of surgery, July, 1895.

In dieser sehr ausführlichen Arbeit resumirt White auf Grund von 111, tabellarisch zusammengestellten Fällen die bisher mit der doppelten Castration bei Prostatahypertrophie erzielten Resultate (bekanntlich ist W. der Urheber dieser Behandlungsmethode). Die Arbeit zerfällt in 3 Theile.

Im ersten — theoretischen — Theil beschäftigt sich der Verf. mit der Aetiologie der Prostatahypertrophie. Unter Berücksichtigung statistischer Daten, zahlreicher allgemeiner biologischer Gesetze und der weitgehenden Analogien zwischen Ovarien und Hoden, Prostata und Uterus, sowie endlich zwischen der Prostatahypertrophie und den Uterusmyomen hat er sich folgende Ansicht gebildet. Die Hoden haben 2 von einander wohl zu trennende Functionen — erstens wirken sie in unbekannter Weise (vielleicht durch Production gewisser chemischer Stoffe, vielleicht auch durch Vermittelung des Nervensystems reflectorisch) auf die Entwickelung aller charakteristischen Merkmale der Männlichkeit; zweitens produciren sie den zur Fortpflanzung nöthigen Samen. Beide Functionen sind bis zu einem gewissen Grade unabhängig von einander (männlicher Typus trotz Azoospermie bei Kryptorchismus). Die erste Function ist nur erforderlich bis die specifische sexuelle Entwickelung des Körpers ihren Höhepunkt erreicht hat, die Samenproduction dauert viel länger. In dieser Zeit werden also die Hoden durch Spermaproduction, besonders wenn sie durch regen Geschlechtsverkehr angeregt wird, vor Atrophie bewahrt, die gleichzeitig für die erste Aufgabe producirte Energie wird nicht mehr in normaler Weise verbraucht und kann sich in abnormer Weise durch Hypertrophie der auch unter ihrem Einfluss stehenden Vorsteherdrüsen etc. geltend machen, wobei vasomotorische und nervöse Einflüsse mitspielen. Hiermit ist die theoretische Begründung der Castration zur Beseitigung der Prostatahypertrophie gegeben.

Im zweiten, klinischen, Theil werden zunächst einige sehr eclatante Operationserfolge mitgetheilt. Darauf weist W. Punkt für Punkt die gegen seine Operation gemachten Einwände zurück. 1) Der Vorwurf, dass die Operation bis jetzt nur die Bedeutung eines physiologischen Experiments hat wird dadurch hinfällig, dass in 89 (87 %) von den 111 Fällen eine deutliche Verkleinerung bis zu vollständiger Atrophie der Prostata eintrat. 2 mal konnten die feineren Vorgänge, die in anfänglicher Proliferation mit darauffolgendem Schwund der zelligen Elemente und schliesslicher Bildung einer kleinen weichen Bindegewebsmasse bestehen, mikroskopisch genau festgestellt werden. — 2) Dasselbe Resultat kann nicht durch richtigen Cathetergebrauch, Bettruhe, Diät etc. erzielt werden, denn meist wird eben die Operation gemacht, wenn alle andern Mittel erfolglos geblieben sind — 3) Das Verschwinden der bekannten schweren Symptome kann nicht, wie Einige meinen, auf das Nachlassen der Congestion und des Oedems zurückgeführt werden; das Fehlschlagen palliativer Maassnahmen und die directe Beobachtung der anatomischen Vorgänge widerlegen diese Ansicht zur Genüge. Dass der Effect der Operation oft schon nach einigen Tagen eintritt hat nichts Wunderbares, seit wir durch Thompson, Watson, Griffiths u. A. wissen dass an der Hypertrophie hauptsächlich

die drüsigen Elemente betheiligt sind, dass diese im mittleren Lappen am reichlichsten vorhanden sind (bei Hypertrophie dieses Lappens sind die Obstructionssymptome bekanntlich besonders schwer) und dass nach Castration gerade die drüsigen Elemente am ersten und sehr rapid schwinden. — 4) Man hat gesagt, eine wahre Hyperplosie könne nicht in so kurzer Zeit schwinden, wie es beschrieben wird. Diesem theoretischen Einwand hält W. die mikroskopischen Untersuchungen Griffith's entgegen. Es schwinden nach Castration nicht nur die drüsigen Elemente sondern auch die glatten Muskelfasern, die einen grossen Theil des Stroma ausmachen; das restirende Bindegewebe ist sehr wenig voluminös. — 5) Das Fehlen von ziffermässigen Nachweisen für die Verkleinerung der Prostata nach Castration beweist nach W. nichts gegen den thatsächlichen Erfolg. Mit Recht muss man bei den meisten Operateuren genügende Fähigkeit, die Grösse des Organs richtig zu schätzen und Volumänderungen richtig zu erkennen, voraussetzen. — 6) Man hat gesagt, es sei unwahrscheinlich dass, wie es beschrieben wird, eine langandauernde Cystitis durch die Verkleinerung der Prostata zur Heilung gebracht werden kann. Dem gegenüber ist zu bedenken, dass die Cystitis zu Stande kommt durch Catheterinfection und durch venöse Stauung (bei normalem Blasenepithel wird durch Einführen von Eitererregern nach Guyon und Albarran keine Cystitis erzeugt). Beide Momente fallen nach der Verkleinerung der Prostata fort; der Urin wird spontan entleert, die Tenesmen hören auf und das rückläufige Blut kann sich aus den Blasenvenen durch den entlasteten Venenplexus der Prostata frei entleeren. — 7) Die Verkürzung der Urethra nach Castration kann nicht auf der vollständigeren Entleerung der Blase beruhen, denn Finger hat sicher nachgewiesen dass umgekehrt bei leerer Blase die Urethra um 2—3 Cm. länger ist als bei voller Blase. Die Verkürzung der Urethra nach Castration kommt also ganz allein auf Rechnung der Schrumpfung der Prostata. — 8) Sehr überraschend ist, dass in 66% der Fälle die Blase ihre verlorene Contractilität wiedergewonnen hat. Thompson's Behauptung, dass die Blasenatonie nach 2-jährigem regelmässigem Catheterisiren keine Aussicht auf Heilung bietet, wird durch die Erfahrung widerlegt. Es sind Fälle mitgetheilt, wo selbst bei vollständiger Retention des Urins, der Jahre lang nur mit dem Catheter entleert werden konnte, der Detrusor nach Castration wieder functionirte und zuweilen fast seine normale Contractilität wiedergewann. — 9) Wenn man castrirt, ohne von der Existenz eines hinter der Prostata in einem Divertikel sitzenden Blasensteins zu wissen, so erwächst dem Pat. daraus eher Nutzen als Schaden. W. hat einmal sogar die Castration absichtlich der Entfernung des Steins vorausgeschickt, und zwar mit ausgezeichnetem Erfolg. — 10. Dass die Besserung resp. Heilung nach Castration zu kurze Zeit beobachtet ist, lässt W. nicht gelten. 71% der Kranken ist über 3 Monate beobachtet worden; noch spätere Wirkungen der Castration sind bei einer so lange bekannten Operation nicht zu erwarten.

Von den 111 operirten sind 20 gestorben (18 pCt.). Bei genauerer Betrachtung erweist sich, dass 13 von diesen Todesfällen nicht der Operation zur Last fallen — zum Theil kamen die Pat. hoffnungslos, urämisch, moribund zur Operation, z. Th. wurden gleichzeitig andere Operationen (Herniotomie, Sectio alta) vorgenommen, z. Th. starben sie an anderen Krankheiten nach längerer Zeit (einige Wochen bis Monate). Auch ein grosser Theil der Gestorbenen hatte einige Erleichterung. Nach Abzug dieser aussichtslosen Fälle bleiben 7 pCt. Mortalität — eine Ziffer, die bei einem so schweren Leiden mit so mannigfachen Complicationen nicht zu hoch ist und übrigens in Zukunft vielleicht noch herabgehen wird. Bei den Todesfällen spielt das Alter eine grosse Rolle, nicht die Zahl der Jahre, sondern die Senilität der Gewebe, der Grad der Arteriosclerose, namentlich auch der Zustand der Nieren; ebenso beeinflussen sehr langer Cathetergebrauch, wiederholte Anfälle von completer Urinretention, sehr grosse Mengen von Residualharn, die Prognose ungünstig. Was für einen Einfluss auf den Endeffect die Grösse, Härte und Gestalt der Prostata haben, ist aus der Tabelle nicht ersichtlich. Ohne Besserung blieben nur 10 pCt. Auf die geistigen Functionen hat die Castration als solche keinen Einfluss. Die Potenz geht natürlich verloren, nur in 3 Fällen blieb sie theilweise erhalten. — Der Vergleich der Castration mit den andern üblichen Behandlungsmethoden der Prostatahypertrophie — Catheterismus, forcirte Dilatation der pars prostatica urethrae, perineale Prostatotomie, Sectio alta mit langer Drainage oder Anlegung einer permanenten Blasenfistel, Prostatectomie — fällt durchaus zu Gunsten der Castration aus. — Ein interessantes Analogon findet sich, wenn man die von Greig Smith zusammengestellten Resultate der Oophorectomie bei Uterusfibromen mit denen der Castration bei Prostatahypertrophie zusammenstellt. Im ersten Fall erhält man unter je 13 Fällen 10 Fälle complete Heilung (Schrumpfung des Tumors und Menopause), 2 Fälle Besserung, 1 Fall Misserfolg, bei Castration unter je 13 Fällen 11 complete Heilungen (Schrumpfung der Prostata), 1 Besserung, 1 Misserfolg.

Aus dem dritten, experimentellen, Theil der Arbeit sind folgende Resultate als die wichtigsten hervorzuheben. Einseitige Castration hat häufig Atrophie der entsprechenden Prostatahälfte zur Folge, doch ist auf diesen Effect nicht mit Sicherheit zu rechnen. Isolirte Unterbindung der Vasa deferentia hat, ohne die Hoden erheblich zu beeinflussen, deutliche Atrophie der Prostata zur Folge. Vielleicht spielen dabei unbeabsichtigte Nervendurchschneidungen eine Rolle; zu erklären ist die Erscheinung, die noch weiterer Prüfung bedarf, schwer. — Unterbindung aller Samenstranggefässe, sowie des ganzen Samenstrangs bringt die Prostata zur Atrophie, fast immer wird aber dabei der Hoden gangränös.

Wer sich für die vorliegende Frage interessirt, sollte die Arbeit White's sorgfältig studiren. Ref. meint, dass sie einen sehr wesentlichen Fortschritt in der Behandlung eines der qualvollsten und so häufig auf den verschiedensten Umwegen zum Tode führenden Leidens bedeutet.

Wanach.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Reitz: Vorlesungen über Pathologie und Therapie des Kindesalters. (St. Petersburg 1895. Verlag von C. Ricker. (russisch).

Der als Oberarzt des Elisabethkinderhospitals in Petersburg über eine grosse praktische Erfahrung verfügende Autor hat in diesem neuen Lehrbuch, wie er in der Vorrede betont, den theoretischen Theil seiner Vorlesungen, die er im klinischen Heleneninstitut gehalten, niederlegen wollen und dabei sein besonderes Augenmerk auf die Aetiologie und Therapie der Kinderkrankheiten gerichtet, ohne auf die Klinik derselben einzugehen, da diese bereits mehr oder weniger gründlich in den vorhandenen Lehrbüchern erschöpft sei.

Wir möchten das vorliegende Buch allen Kinderärzten empfehlen, deren Interesse es gewiss in Anspruch nehmen darf, würden aber Studenten und solchen Aerzten, die sich noch keine feste Behandlungsmethode haben bilden können, eher anrathen, zuerst des Verfassers «Einführung in das Studium der Kinderkrankheiten» oder eins der vielen vorzüglichen Lehrbücher der pädiatrischen Klinik durchzulesen. Vor anderen Lehrbüchern zeichnet es sich schon dadurch und nur vortheilhaft aus, dass der Geschichte der Medicin ein genügender Raum gelassen ist, wobei sich dem Verfasser seine grosse Belesenheit bewährt. Das Hauptgewicht ist natürlich, wie das aus dem Titel hervorgeht, auf die pathologischen Veränderungen und auf die Behandlungsmethoden gelegt und von letzteren die medikamentösen besonders ausführlich besprochen und in zahlreichen Receptformeln erläutert. Dabei liest sich das Buch leicht, nur fällt die grosse Zahl der Anmerkungen, in denen manche interessante historische Reminiscenz Aufnahme gefunden hat, auf.

Einige der einleitenden Kapitel so z. B. über die Erkrankungsformen und die Sterblichkeit im Kindesalter, über die häufigsten Todesursachen sind dem Bericht über die 50-jährige Thätigkeit des Elisabethhospitals (1894) entnommen. Es folgen die gründlich und zeitgemäss bearbeiteten Kapitel über Hygiene und Diätetik des Kindesalters, denen sich ein Abschnitt über Prophylaxis und allgemeine Therapie anschliesst. Dann geht Verfasser auf die einzelnen Erkrankungen und deren Behandlung über, die wohl zum grössten Theil die Anerkennung der Kinderärzte finden dürfte. In manchen Anschauungen weichen wir allerdings vom Verfasser ab. So z. B. halten wir den Nutzen der Pockenimpfung über allen Zweifel erhaben, möchten die Bäderbehandlung der Typhen nicht missen, huldigen nicht dem Sperminkultus, sind nicht Anhänger einer zu energischen medikamentösen Fieberbehandlung. Auch dem Zweifel des Autors an der Specificität der Tuberkulose-, Cholera-, Diphtheriebakterien stimmen wir nicht bei. Bei einer event. neuen Auflage des Buches wäre es ausserdem wohl wünschenswerth, dass die Namen der citirten ausländischen Autoren, wie in den meisten Lehrbüchern, durchweg in lateinischer, die der russischen in russischer Schrift gedruckt würden. Zugleich wäre es auch möglich eine kritischere Scheidung des Wesentlichen vom Unwesentlichen und entsprechende Kürzung des letzteren durchzuführen, wobei das Werk an Uebersichtlichkeit gewinnen würde. Ausstattung und Druck sind recht gut.

Weyert.

Ernst Ziegler; Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Achte Auflage. 2 Bände. — Jena, Verlag von Gustav Fischer.

Ref. ist noch von seiner Studienzeit her im Besitz der dritten Auflage (1885) dieses inzwischen so sehr populär gewordenen Lehrbuches. In 10 Jahren 5 neue Auflagen. Das spricht schon an sich für das Werk. Die vorliegende achte Auflage zeichnet sich durch eine fast vollständige Neubearbeitung des I Bandes, die allgemeine Pathologie behandelnd, aus. Vor 10 Jahren hatte dieser Theil 382 Seiten und 129 Holzschnitte,

jetzt 746 Seiten (bei grösserem Format) und 458 zum Theil farbige Abbildungen! Der zweite Band, die specielle pathologische Anatomie, hat jetzt 562 (gegen 230) Abbildungen. Schon diese Zahlen zeigen, wie gewissenhaft und gründlich der Verfasser allen Fortschritten und Neuerungen auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie gerecht geworden ist und wie er die Anschaulichkeit des Vorgetragenen erhöht hat. Präcise Darstellung, die keine Unklarheitan über des Verfassers Meinung aufkommen lässt, das richtige Maass von Subjectivität bei vollständiger Würdigung der Arbeiten Anderer, die in den werthvollen Literaturverzeichnissen genau aufgeführt werden — alle diese von früher her bekannten charakteristischen Vorzüge des Ziegler'schen Buches finden sich in erhöhtem Maasse in der neuen Auflage. Die Verlagshandlung hat, soviel an ihr liegt, das Möglichste gethan, das Werk auf die Höhe zu bringen, die es thatsächlich einnimmt; namentlich die reichliche Aufnahme neuer Abbildungen muss wohl ihr zum Verdienst angerechnet werden. Wir wünschen dem Buch auch im neuen Gewand immer weitere Verbreitung.

W.

C. Freiherr v. Rokitansky: Lehrbuch für Hebammen. (Wien 1895. Verl. von A. Hölder).

Ein wichtiges Postulat für ein brauchbares Lehrbuch Hebammen ist eine möglichst einfache und allgemein verständliche Fassung und Darstellung mit Weglassung von Daten, welche der Hebamme in ihrem practischen Beruf entbehrlich sind und ihr das Verständniss für das unumgänglich Nothwendige erschweren und compliciren. In der vollen Erkenntniss dieser Forderung ist Verf. bemüht, sich in seinem Lehrbuch in Wort und Bild recht anschaulich auszudrücken und von allem zu abstrahiren, das den Gesichtskreis der Hebammen übersteigt. Es muss besonders hervorgehoben werden, dass die Abbildungen sehr gut gelungen sind und den Geburtsmechanismus etc. ausgezeichnet veranschaulichen. — Als die beste Lage für die Kreissende wird die linke Seitenlage gelehrt. Nicht ganz begreiflich erscheint es, wesshalb die Schultze'schen Schwingungen zur Belebung Asphyctischer, weil nach Ansicht Verfassers in der Hand der Hebamme zu gefahrvoll, nicht gelehrt und nicht ein mal erwähnt werden.

Lingen.

Vermischtes.

— Der Professor der Anatomie an der militärmedicinischen Akademie A. Tarenezki ist nach Ausdienung von 25 Jahren auf 5 weitere Jahre im Dienst bestätigt worden.

— Am 14. September fand die feierliche Grundsteinlegung des anatomisch-chirurgischen Museums zum Andenken an Pirogow in St. Petersburg statt. Die Initiative zu dem Unternehmen geht vom Präsidenten der russischen chirurgischen Gesellschaft, Prof. Ratimow, aus. Zum Bau haben die Gräfin Mussin-Puschkin (durch Vermittelung von Dr. Ebermann) 60,000 und die Reichsrentei 30,000 Rbl. beigesteuert; das Grundstück, auf dem der Bau sich erheben wird, ist vom Kriegsministerium unentgeltlich abgetreten worden. Das Museum wird einen Saal für die Sitzungen aller medicinischer Vereine der Residenz enthalten und auch die Vereinsbibliotheken werden in ihm placirt werden. Der Hauptzweck des Museums ist «ein Denkmal der historischen Entwickelung der vaterländischen Chirurgie und pathologischen Anatomie, soweit diese in unmittelbarer Beziehung zur Chirurgie steht, zu sein».

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. September d. J. 6492 (104 mehr als in d. Vorw.), darunter 654 Typhus — (16 wen.), 722 Syphilis — (12 mehr), 120 Scharlach — (16 mehr), 39 Diphtherie — (10 mehr), 29 Masern — (12 mehr), und 15 Pockenkranke — (2 mehr) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Heitzmann, Compend. d. Geburtshülfe. Wien, Perles 1894.

Leloir u. Vidal. Sympt. u. Histol. d. Hautkrankh. IV. Liefg. Hamburg, Voss 1893.

Lefert. Maladies du system nerveux. Paris. Boillères 1894.

Добротворскій. Статическія машины. С.-Петербургъ, Риккеръ 1893.

Говсѣевъ. Симуляція душевныхъ болѣзней. Харьковъ 1894.

Якоби. Болѣзни кишечника. Перев. Моссина.

Czempin. Zur Behandlung des Abortus. Berlin, Boas u. Hesse 1894.

Drasche. Bibliothek d. med. Wissensch. 14. Lieferung. Wien, Merlin.

Klin. Zeit- und Streitfragen. 4, 5, 6, 7, 8. Wien, Hölder 1893.

Mannheim. Morbus Gravesii. Berlin, Hirschwald.

Herff. Grundriss d. geburtshülfl. Operationslehre. Berlin, Fischer 1895.

Friedländer. Mikrosk. Technik, 5. Auflage, Ibidem.

Weyl. Handbuch d. Hygiene. Lieferung 1—3. Jena, Fischer.

Rieger. Professoren der Chirurgie unserer Zeit. Wien, Jaffé.

Unna, Morris, Leloir, Duhring. Internat. Atlas seltener Hautkrankh. Liefg. IX, Hamburg, Voss 1893.

Zuckermandl. Anatomie der Nasenhöhle. Wien, Leipzig, Braumüller 1893.

Beiträge zur klinischen Medicin und Chirurgie. Heft 3, 4, 5. Wien und Leipzig. Braumüller 1893.

Näcke. Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. Wien, Braumüller 1894.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis .23 September 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
279	220	499	85	34	81	17	10	15	46	54	38	36	44	30	6	3'

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 5, Scharlach 18, Diphtherie 13, Croup 7, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 5, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 40, Todtgeborene 25.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Верта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Sophie Jordan, B. O., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Amalie Born, Большая Подъяческая. д. 9, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 3 Октября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr.№ 15.

NOV

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 40 St. Petersburg, 7. (19.) October **1895**

Inhalt: Dr. med. Paul Bergengrün: Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — An die Redaction eingesandte Bücher. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber die schädlichen Folgen der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung.

Von

Dr. med Paul Bergengrün.

Vortrag zum livländischen Aerztetage in Wenden. September 1895.

M. H.! Wenn ich mir heute Ihre freundliche Aufmerksamkeit für einen Gegenstand aus dem Specialgebiete der Rhinologie erbitte, so kann ich Ihnen im Voraus die Versicherung geben, dass ich Sie nicht mit einem Wuste specialistischer Kleinkrämerei belästigen werde. — Die Nase wird noch heute, trotz bedeutsamer Fortschritte der Rhinologie, von vielen Aerzten als Stiefkind betrachtet und behandelt, oder, besser, gar nicht beachtet und behandelt. Und doch sind die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und anderen Leiden allgemeiner Natur oft so enge, dass die letzteren häufig nur durch die Erkrankungen der Nase bedingt sind. So greift die Rhinopathologie tief in den Bereich der praktischen Medicin hinein. Ich glaube daher, dass eine Besprechung eines wichtigen Theiles der Nasenerkrankungen gerade den praktischen Arzt an manches Vorkommniss aus der täglichen Praxis erinnern, — und daher dem einen oder anderen unter Ihnen, nicht ganz unwillkommen sein dürfte.

Die wesentliche Bedeutung der Nasenkrankheiten für das Allgemeinbefinden in ihrem vollen Umfange erkannt zu haben, sowie die Ausbildung der schwierigen und subtilen rhinotherapeutischen Technik ist ein unbestreitbares Verdienst des soviel gescholtenen Specialismus.

Das Wort «Specialist», meine Herren, hat heutzutage in der ärztlichen Welt nicht immer einen guten Klang. Man bezeichnet damit gerne, und oft mit Recht einen Mann, der seine Aufgabe lediglich darin erblickt, seine einseitig ausgebildete Technik unter allen Umständen zur Geltung zu bringen, der kritikloses Virtuosenthum an die Stelle der medicinischen Wissenschaft gesetzt hat. Dass solche Specialisten mehr schaden, als nützen, liegt auf der Hand. — Der Specialismus hat aber nur dort Berechtigung und ist nothwendig und segensreich, wo er stets in dem fruchtbaren Mutterboden der wissenschaftlichen Heilkunde wurzelt. Der Specialist darf eben nicht ein Ohr, ein Auge oder eine Nase behandeln, er soll im kranken Menschen, dessen Auge oder Nase den Zustand des Leidens hervorgerufen hat, das Object seiner menschenfreundlichen Bemühung erblicken.

Nicht selten hört man den Specialismus als etwas ganz Modernes, als eine neue Einrichtung fin de siècle — geringschätzig beurtheilen. Diese Anschauung wird durch Herodot, sowie die Hippocratischen Schriften und altegyptischen Priesterbücher widerlegt. Sie sagen uns, dass anno 500 vor Chr. und noch früher Aegypten von Aerzten wimmelte, von denen jeder ein Sonderfach betrieb, und dass damals eine specialistische Fachliteratur vorhanden war: am Meisten vertreten waren Ophthalmologie und Gynäkologie. Man hat eben bald eingesehen, dass ein Mensch unmöglich auf allen Gebieten gleichzeitig menschlich Vollkommenes leisten kann. Dazu ist die Lernzeit, d. h. die Lebenszeit des Arztes eine zu kurze.

Wenn ich Sie nun bitte, mir auf ein Hauptgebiet der Rhinologie zu folgen, so genügt ein kurzer Hinweis auf die physiologische Bedeutung der Nase, um aus der Störung ihrer Function die pathologischen Consequenzen einfach abzuleiten. — Die Nase hat eine 3-fache Bestimmung:

Erstens ist sie allein, nicht etwa der Mund, das Anfangsstück des Athmungsrohres!

Dazu ist sie mit entsprechenden Einrichtungen versehen. — Die kalte Aussenluft wird in der Nase bis auf 30° Celsius erwärmt.

Die Athmungsluft wird in der Nase ferner durch Verdunstung des Nasenschleimwassers bis zur Sättigung durchfeuchtet, so dass wir durch die Nase in 24 Stunden einen halben Liter Wasser in uns aufnehmen.

In der Nase werden die Staubtheile der Luft abgefangen, die oft mit pathogenen Keimen beladen sind, so z. B. behütet die Nase den Hals und die Lungen vor schädlichen Reizen, indem sie die Athmungsluft: erwärmt, durchfeuchtet und reinigt.

Zweitens: Vermittelt die Nase die Geruchs- und die Geschmacksempfindung.

Drittens ist die Nase ein unerlässlicher Bestandtheil des Sprachorgans. Die sogenannten Resonanzlaute m, n und deren Combinationen mit p, g, d, t und die französischen Nasenlaute z. B. in Melun, Dindon, entendre kommen nur zu Stande, wenn die Ausathmungsluft durch die Nase entweicht, wovon man sich leicht durch den Athembeschlag auf einen vorgehaltenen Spiegel oder durch Hervorströmen des vorher tief eingeathmeten Tabaksrauches aus der Nase überzeugen kann, während man die betreffenden Laute angiebt. Andrerseits aber dient die Nase als Sprach- und Schallrohr, in welchem der durch die Stimmbandschwingung erzeugte Laut verstärkt wird. Das geschieht durch Mitschwingen der Nasenluft, welche durch Fortpflanzung der Schallwellen auf dem Wege der Knochenleitung, zumeist des harten Gaumens, in Bewegung geräth.

«Wenn man Thieren den Kehlkopf nach aussen verlegt», sagt Moritz Schmidt, «so erstaunt man sehr über die leisen Töne». Gleichzeitig erhalten Sprache und Gesang erst in der Nase durch die Bildung von Obertönen das charakteristische Gepräge, den eigentlichen Wohlklang und das sogenannte Metall, die musikalische Schönheit.

Die Schädigungen der Nasenverengerung liegen aber nicht allein in diesen 3 Functionsgebieten; ihre schädlichen Folgen erstrecken sich vielfach in andere Bereiche des Organlebens und werden dann am besten durch die Bezeichnung «Fernwirkungen» zusammengefasst; eine Gruppe derselben stellen die auf reflectorischem Wege von der Nase her ausgelösten sog. «Reflexneurosen» dar.

Gestatten Sie mir, meine Herren, zunächst diejenigen Momente in gedrängter Kürze hervorzuheben, welche eine Verengerung oder gar Verschliessung der Nase zu Wege bringen und dadurch die Nasenathmung erschweren. Da das Hinderniss für diese auch im Nasenrachenraum liegen kann, so müssen wir auch diesen mit in den Kreis unserer Betrachtung ziehen.

Bei Neugeborenen ist eine Verlegung der Nase sehr selten: Sie kann durch knöchernen oder bindegewebigen Verschluss der Choanen zu Stande kommen. — Dann sind Fälle von congenitalen adenoiden Wucherungen im Nasenrachenraum unzweifelhaft. In der Literatur findet man sie angeführt und ich habe sie selbst bei einem 3-wöchentlichen Kinde gefühlt.

Angeboren ist ferner häufig eine Schwäche und abnorme Dünnheit der äusseren Nasenweichtheile, so dass die Nasenflügel beim Einathmen angezogen werden und dann eine bis zur gänzlichen Verlegung des Rohres führende Verengerung desselben herbeiführen können.

Als fehlerhafte Anlage, die aber meist erst später zu einem Athmungshinderniss führt, muss endlich die bei uns zu Lande recht häufige, der Horizontalebene sich nähernde Schrägstellung der unteren Muschel angesehen werden, die gewöhnlich mit Vergrösserung des Muschelknochens gepaart ist.

Im Allgemeinen sind die Nasenhöhlen eines Neugeborenen einander symmetrisch und denen Anderer gleich: sie sind eben normal. Nur höchst selten ist das bei Erwachsenen der Fall, von denen kaum einer eine normale Nase aufzuweisen hat: im späteren Leben unterliegt sie vielfach Unregelmässigkeiten im Wachsthum und schädigenden äusseren Einflüssen.

Was den ersten dieser beiden Punkte anlangt, so gedachten wir schon der Schiefstellung der Muscheln, ferner gehören hierher die, oft mit Eiter gefüllten Auftreibungen des vorderen oder hinteren Endes der mittleren Muschel, in welche sich eine Siebbeinzelle von oben her besonders tief hineingesenkt hatte. Diese Knochenblasen verstopfen manchmal die Nasenhöhle ganz und gar. Sie drängen die Nasenscheidewand zur Seite, diese weicht in die andere Nasenhöhle aus: so entsteht hier eine Knickung oder Verbiegung, welche wieder auf ihrer Seite zur Verengerung des Nasenganges führt; die Deviatio septi.

Oft ist letztere auch Folge eines Nasenscheidewandbruches, durch Hieb oder Fallen auf die Nase, wenn nämlich die Bruchenden in Winkelstellung verheilten und nicht gerade gerichtet wurden.

Eine solche Deviation des Septum entsteht aber auch spontan, wenn dieses einen stärkeren Wachsthumstrieb hat, als dem Raume zwischen Nasenboden und Rücken entspricht: da es sich nicht in die Länge ausdehnen kann, biegt es sich ein. Das stärkere Wachsthum führt in anderen Fällen zur begrenzten Ablagerung von Bildungsmaterial, dann entstehen an der Scheidewand lange Leisten, oder dicke kurze Dornvorsprünge, die spinae et cristae septi. Sie bestehen aus Knochen und Knorpel. Je nach ihrer Dicke beeinträchtigen sie die Nasenathmung mehr oder weniger. Es können 2 oder 3 solcher Vorsprünge hinter einander auf derselben Seite liegen, oder auch zu beiden Seiten des Septums sitzen, in welchem Falle die eine dort aufhört, wo die andre auf der anderen Seite anfängt.

Eine wesentliche Ursache der nasalen Athmungsbeschränkung ist der chronische Nasenkatarrh, dessen mannigfache Entstehungsbedingungen jedoch nicht im Rahmen unserer heutigen Betrachtung liegen. Er verursacht durch beständige Blutüberfüllung eine Ueberernährung der Schleimhaut, welche dann an manchen Stellen geschwulstähnliche Bildungen zeigt, die ihrerseits als dauernde Reizmomente den chronischen Katarrh unterhalten. Solche Schleimhauthyperplasien sind besonders bemerkenswerth an den hinteren Enden der Nasenmuschel. Sie haben hier oft Kirschgrösse, und haben eine himbeerähnliche Oberfläche.

Aber auch schon die blosse constante Hyperämie an sich verlegt den normalen Athmungsweg oft; sie zeigt sich meist an den vorderen Muschelenden als rothes leicht und tief eindrückbares Polster, das oft plötzlich schwindet um auf der anderen Nasenseite zu erscheinen. Diese Wechselschwellung ist ebenso charakteristisch, wie häufig und quälend und führt zuletzt zur Bildung constanter Tumoren. Der chronische Nasenkatarrh, welcher natürlich auch durch diffuse Schleimhautverdickung die Luft absperren kann, geht, wie ganz natürlich, fast ausnahmslos auf die Rachenschleimhaut über. Das physiologisch hier vorkommende adenoide oder lympathische Gewebe wird bei Kindern zu mächtiger Entwickelung angeregt, welche dann die schon genannten, in neuer Zeit mehr gekannten adenoiden Vegetationen bilden. Diese sind entweder rundliche, festweiche Geschwülste von der Form und Oberflächengestaltung einer Edelkastanie mit länglichen Wülsten und tiefen Thälern und Taschen; sie sitzen am oberen Rachendach und gehen oft auf die hintere Wand über: das ist die Nasen- Rachen- oder hypertrophische Luschkasche Mandel. Oder: es bilden sich traubenähnliche Massen, welche auch an den Seiten des Rhinopharynx sitzen können; oft haben sie die Gestalt von Hahnenkämmen oder Soffiten, sie hängen in mehreren Reihen, wie etwa die Blätter eines Buches von oben herab und können die hinteren Nasenöffnungen total verlegen.

Die adenoiden Vegetationen können so gross werden, dass sie das Gaumensegel vordrängen und unter seinem

Rande sichtbar werden. Sie bilden eines der wichtigsten Capitel in der Pathologie des Kindesalters.

Der chronische Reiz des Nasenkatarrhs, meist aber auch einer gleichzeitig bestehenden Nebenhöhleneiterung veranlasst die Bildung von Schleimpolypen, welche meist vom Nasendach und der mittleren Muschel, aber auch anderweitig entspringen und an Zahl und Ausdehnung oft ganz erstaunlich gross sind.

Seltener sind Bindegewebspolypen, Fibrome, Pàpillome und Hornwarzengeschwülste. Die Schleimpolypen bei Eiterungsprocessen gehen auch oft aus gewöhnlichem Granulationsgewebe hervor, welches aber auch ohne Polypenbildung die Nase als weiches, rothes körniges Polster obturirt.

Lues und Tuberculose der Nase treten oft als grosse, häufig gestielte, kuglige Granulationsgeschwülste auf.

Bei Lepra tuberosa ist Aufhebung der nasalen Respiration durch diffuse oder knotige Schleimhautschwellung die Regel. Das Rhinosclerom übergehe ich hier, da es bei uns nicht vorzukommen scheint. Das Sarcom und der seltenere Schleimhautkrebs der Nase führen natürlich oft Nasenverschluss herbei.

Bei Kindern spielen die in die Nase gesteckten Fremdkörper eine wichtige, oft tragische Rolle. Sie bilden, im incrustirten Zustande oft mächtige Rhinolithen. Zur Aufhebung der Nasenathmung geben narbige Verlöthungen von Wunden und Geschwüren einander gegenüber liegender Schleimhautflächen nicht selten Veranlassung. Das geschieht sowohl in der Nase selbst, als auch durch Verwachsung des Gaumensegels mit der hinteren Rachenwand. Hierbei spielt besonders die Syphilis eine Rolle, aber auch Tuberculose, Lupus, Verätzungen und Verbrennungen. Letztere nicht so selten nach der Anwendung von Chromsäure und Galvanokaustik an engeren Stellen.

Wenn ich noch der ausgedehnten Borkenbildung erwähne, welche die Nase bei Ozäna in festen, gerollten Blättern verstopft, so glaube ich damit die Reihe der wesentlichsten, häufigsten Factoren, welche die Nase verlegen, abschliessen zu können.

Wenn wir nun an die Symptome der Nasenverengerung, zunächst in Anlehnung an die eingangs erwähnten 3 Functionsgebiete der Nase herantreten und zuerst die Sprachstörungen ins Auge fassen, so liegen diese erstlich in der Entstellung der genannten Resonanzlaute: Die vom nasalen Hinderniss in den Mund zurückprallende Luft sprengt hier gewaltsam den Lippen- oder Zungenschluss: es entstehen Explosivlaute. Die Verunstaltung der Sprache geht oft bis zur Unverständlichkeit. Wenn man z. B. erzählen hört, dass: «des Abtbadds Butter ihr adbuhtiges Ekelkid ad der Hadd dibbt», so kann man höchstens ahnen, dass hier von des Amtmanns Mutter und deren anmuthigem Enkelkinde die Rede ist.

Gleichzeitig verliert die Sprache wie auch der Gesang die Kraft, die Fülle, jeden Klang, jeden Wohllaut. Die Stimme wird blechern und tonlos, weil die Nasenluft nicht mitschwingen kann — der Resonanzboden fehlt — es werden keine Obertöne gebildet. Das ist die sog. todte Sprache. Sonderbarer Weise wird aber gerade der possidens nunquam beatus «eider solched fested Dase» als einer bezeichnet, der «durch die Nase» spricht.

Diese Rhinolalia clausa bedeutet aber auch eine Schädigung der Stimme, weil sie, wie dem ganzen Exspirationsmechanismus, so besonders auch den Stimmbändern eine doppelte Arbeit zumuthet, welche bald von Insufficienz gefolgt ist, denn sie haben ausser ihrer gewöhnlichen Aufgabe auch noch den Druck der zurückgeworfenen, einen Wirbel erzeugenden Luftwellen zu überwinden. Darum finden wir bei Sängern, Predigern, Schauspielern, Lehrern, welche über leichte «Ermüdung» der Stimme klagen, fast immer eine Behinderung der Nasenathmung neben dem begleitenden Nasen-Rachen- und Kehlkopfkatarrh. — Neuere Forschungen auf dem Gebiete der Sprachheilkunde ergaben, dass etwa 40 pCt. aller Stotterer an Nasenverlegung leidet, besonders durch adenoide Vegetationen. Wenn auch durch Wegräumung des Hindernisses das Stottern nicht geheilt werden kann, so sind doch alle Autoren darin einig, dass die Unterrichtserfolge dadurch in hohem Maasse gefördert werden. Deshalb ist eine Untersuchung der Nase bei Stotterern, zumal in jugendlichem Alter von hoher Bedeutung.

Die Anosmie und Ageusie, die Unfähigkeit zu riechen und zu schmecken, beruht einerseits in einer centralen oder peripheren Erkrankung im Gebiete des Nervus olfactorius, andrerseits aber darin, dass die mit dem Riechstoff erfüllte Luft, sei es von vorne her, sei es, wie beim Essen, von hinten her nicht an den empfindenden Endapparat des Riechnerven gelangen kann, wie es eben die Verstopfung der Nase mit sich bringt.

Die Schädigungen durch Anosmie und Ageusie sind bedeutender, als man gewöhnlich anzunehmen geneigt ist: dem davon Betroffenen ist so manche Lebensfreude versagt, er ist dem Einflusse einer giftigen, verdorbenen Athmosphäre, die er als solche nicht zeitig genug erkennen kann, im erhöhten Maasse ausgesetzt, sein Appetit leidet, weil Alles «wie Stroh» schmeckt. Für den Koch, den Weinküper, den Thee- und Tabaksschmecker ist der Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes einfach Existenzfrage.

Ungleich bedeutungsvoller, als die bisher erwähnten Symptome sind die Folgen der Nasenverstopfung, insofern diese die Nasenathmung hindern. Die nächstliegende Consequenz davon ist die Mundathmung. Diese ist immer pathologisch, wenn sie Gewohnheit oder vielmehr Nothwendigkeit geworden ist und schafft an sich schon Missstände, die nicht übersehen werden dürfen.

Am schlimmsten sind die Säuglinge in dieser Beziehung daran. Hier kann schon ein einfacher Schnupfen verhängnissvoll werden. Das Kind kann die Brust nicht bis zur Beendigung der Mahlzeit halten, weil ihm sofort der Athem vergeht, bei der natürlichen Anstrengung durch die Nase Luft zu bekommen, aspirirt es unwillkürlich die Muttermilch mit dem Munde: ein schrecklicher Krampfhusten und Erbrechen sind die nächste Folge, und die Gefahr der Schluckpneumonie begleitet jede Nahrungsaufnahme. Dass solche Kinder nicht gedeihen können, liegt auf der Hand.

Gleichzeitig mit den eigentlichen Schädlichkeiten der Mundathmung kommen auch die Fernwirkungen der Nasenverstopfung zur Geltung, weshalb wir diese beiden Erscheinungsgruppen nebeneinander ins Auge fassen müssen.

Nicht die Kaumuskulatur, sondern der Luftdruck hält den unteren gegen den oberen Kiefer gedrückt, während Zunge, Lippen und Zähne durch Adhäsion aneinander liegen. Der Mundathmer muss nun diese Widerstände überwinden: die Halsmuskulatur übt einen constanten Zug auf die Masseteren, die Buccinatoren und Temporales aus, sie hypertrophirt durch fortdauernde Uebung, während die stete Dehnung der Kaumuskeln diese verlängert und in ihrer Kraft beeinträchtigt; daher gehört nach Wegräumung des Hindernisses oft noch eine lange Uebungszeit und viel Energie dazu, um den Mund beständig fest zu halten und von der Athmung auszuschliessen.

Die gereckten Muskeln der Wangen und des Gesichts drücken von beiden Seiten her die Nase und den Oberkiefer zur Mitte zusammen. Die Nase erhält dadurch eine

schmale, dünne, fast hippokratische Gestalt, ihr Rücken ist messerscharf, das Spiel der Nasenflügel hört auf, die Musculi levatores und depressores nasi und die Oberlippe verfallen der Inactivitätsatrophie, die Naso-labialfalten verstreichen, die äusseren Augenwinkel werden nach unten gezogen, dazu der offene Mund: so haben Sie, meine Herren, den ausgebildeten Typus eines Gesichtes, das für das Vorhandensein langdauernder Nasenenge, besonders für die adenoiden Vegetationen so charakteristisch ist, dass man die Diagnose im Vorbeifahren auf der Strasse machen kann. Die adenoiden Wucherungen werden von den Laien oft als eine moderne Krankheit, als eine Erfindung der Specialisten bezeichnet: erkannt worden sind sie auch thatsächlich erst 1872. — Dass sie aber kein neues, sondern ein recht altes Kreuz der Menschen sind, beweist uns dieses Bild des Kaisers Ferdinand I. von Oesterreich aus dem Jahre 1524, dessen Original von Lucas von Leydens Meisterhand in der Galleria Uffizi in Florenz zu sehen ist. Das Gesicht hat alle Energie eines Habsburger Profils verloren, die oben angegebenen Züge drücken ihm den Stempel blöder Schläfrigkeit auf. Das ist der typische Ausdruck, den nur die adenoiden Vegetationen in solcher Vollständigkeit hervorzubringen vermögen, weil sie eben in der Jugend ihr Werk beginnen, wo die knöchernen und weichen Theile des Gesichts derartiger Umbildung fähig sind und Felix Semon, der dieses Bild für die ärztliche Welt vor einem Jahre entdeckte, hat darin unbedingt Recht, dass eine Monographie über adenoide Vegetationen nichts Charakteristischeres als diesen vor 371 Jahren gemalten Kopf zum Titelbilde erhalten könne.

Die Zugwirkung des offenen Mundes bringt ferner eine gegenseitige Annäherung der seitlichen Zahnreihen des Oberkiefers zu Wege. Das Gaumengewölbe, normaler Weise halbkuglig gestaltet, sieht dann wie ein hochgewölbter gothischer Spitzbogen aus in dem der Vordertheil des Processus alveolaris nach vorne geschoben und die Mediansutur eingeknickt wird. Dadurch werden die Zähne, besonders vorne dachziegelartig über einander verschoben, einzelne brechen wegen Raummangels gar nicht, andere nach oben in die Nasenhöhle oder über die Zahngrenze schief aus dem Zahnfleisch hervor. Wegen beständigen Contactes mit der Luft sind sie oft defect und cariös.

Durch die beständige Wasserverdunstung vertrocknen die Lippen; diese platzen bald, Rhagaden in der Mittellinie und an den Mundwinkeln bilden Eingangspforten für Infectionskeime aller Art, der Eiterpilz, der Erysipelcoccus, vor allem der Tuberkelbacillus nistet sich ein.

Die Lippe schwillt rüsselförmig an und röthet sich, ebenso wie der Naseneingang, bei dem sich durch das beständig fliessende Secret der Nase, das nicht ausgeschneuzt werden kann, ebenfalls Schrunden bilden. Dann kommt es zur Schwellung und Verhärtung der Lymphdrüsen am Halse, und wir haben das Bild der Scrofulose, die Cheilitis und Rhinitis scrofulosa vor uns.

Zum Theil von der directen Einwirkung der Luft, zum Theil vom fortgeleiteten Nasenrachenkatarrh werden die Gaumenmandeln in chronischen Reizzustand versetzt, sie entzünden sich häufig und wachsen allmählig zu enormen Geschwülsten heran. Der Katarrh steigt weiter abwärts, Kehlkopf und Luftröhrenkatarrhe, sowie Bronchitis sind dann die Folge: auf dem so vorbereiteten Boden kommen nur zu leicht Diphtherie, Lungentuberculose, Erysipel und Pneumonie zur Entwickelung.

Das eitrig gewordene Secret der Nase inficirt die Nebenhöhlen; es reizt die adenoide Substanz zu immer grösserem Wuchern. Dadurch werden dann die Tubenmündungen verlegt, in denen sich ein negativer Luftdruck geltend macht, in Folge dessen werden die Trommelfelle tief eingezogen: es ergiebt sich Harthörigkeit, die oft genug zur unheilbaren Taubheit wird. In anderen Fällen aber, besonders bei Kindern, weil deren Eustachische Trompete sehr breit und kurz ist, dringen Eitererreger ins Mittelohr, um hier die nicht selten tödtliche eitrige Mittelohrentzündung hervorzurufen.

Auch das Auge leidet bei der Nasenverengerung: durch Stauung wird Conjunctivitis eingeleitet, durch Verschluss der Thränennasencanalmündung Thränenfluss veranlasst.

Bei älteren Kindern gehört zu den frühesten Anzeichen einer Nasenverengerung die Unruhe im Schlaf. Der Unterkiefer sinkt herab, drückt Zungenbein und Zungenwurzel gegen den Kehldeckel und diesen gegen die hintere Rachenwand. Jeder mühsame Athemzug versetzt den Kehldeckel in schwingende Bewegung; so entsteht das für die Aufhebung der Nasenathmung so charakteristische Schnarchen, das fast immer von den Eltern als auffallend bemerkt wird. Aber die Sauerstoffzufuhr ist ungenügend, es beginnt allmählich eine Kohlensäurevergiftung, welche den Pavor nocturnus auslöst. Der Schlaf wird unruhig, böse Träume, Angstvorstellungen und Verfolgungsbilder quälen den Schläfer, bis er mit gellendem Aufschrei, in Schweiss gebadet, soweit erwacht, dass er seine Athmung reguliren kann; das wiederholt sich in einer Nacht oft mehrere Male, ohne dass das Kind dabei ein Mal ganz wach würde: trotz der Unruhe schläft es, von dem Kohlensäurerausch umfangen, thatsächlich zu fest, so dass es auf ziemlich energische Reize nicht reagirt. Ein solcher Reiz ist der, welchen die gefüllte Harnblase auf den normalen Menschen auch im Schlafe ausübt, und eine grosse Anzahl von Fällen der Diuresis nocturna muss auf Nasenverengerung, erfahrungsgemäss auch wieder Adenoide, zurückgeführt werden.

Es ist verständlich dass solchen Kindern durch Untersuchung und Operation des Hindernisses eher und gründlicher geholfen wird, als durch die wohlgemeintesten und stärksten Prügel. Natürlich ist aber nicht jede Diuresis nocturna mit der Operation der Adenoiden beseitigt.

Müde und oft schon mit Kopfschmerzen muss solch ein Kind nun Morgens zur Schule. Anfangs giebt es sich noch alle erdenkliche Mühe, aufzumerken, aber bald stellen sich Kopfdruck und Kopfweh in verstärktem Maasse, beim Lesen und Schreiben retrobulbäre Augenschmerzen ein, dazu gesellt sich absolutes Unvermögen, die Gedanken auf einen Gegenstand zu concentriren, das Kind ist zerstreut, unaufmerksam, denkfaul Dieser, von vielen Autoren wohlconstatirte Zustand, die Aprosexia nasalis, ist eine sehr bedeutsame Thatsache, welche von Schulärzten, Lehrern und Eltern viel zu wenig als Krankheit gewürdigt wird, während sie ihn doch alle bei Gelegenheit eines festen Schnupfens auf kurze Zeit an sich selber in seiner ganzen deprimirenden Gedankenfeindschaft kennen gelernt haben. Manch' armes Adenoidenkind ist schon unverdienter Weise gestraft und von seinen Kameraden gehöhnt und gezaust worden; auch an körperlicher Kraft und Gewandheit bleiben die Unglücklichen hinter den gesunden Kindern zurück; weil sie kurzathmig sind, können sie weder turnen noch laufen und springen, dazu quält sie beständige Trockenheit im Munde und Rachen, Brennen und Kratzen im Halse, dazu ein quälender Husten, erzeugt durch den eingeathmeten Staub oder das stete Herabfliessen glasigen Schleimes aus dem Nasenrachen. Abgesehen davon aber sind sie meist zu müde, um sich gründlich zu tummeln. Alles das zusammen raubt dem Kinde alles Selbstvertrauen, jede Fröhlichkeit, es wird scheu, verlegen, miss-

traurisch und weinerlich, eigensinnig und rachsüchtig — es wird frühzeitig neurasthenisch und kann, wenn es von seinem Leiden nicht befreit wird, an Leib und Seele verkümmern.

Um so dankbarer ist die Therapie der Nasenobstructionen im Kindesalter! Mögen die Störungen noch so tiefgreifende sein, das Kind erwacht nach kurzer Zeit aus seiner geistigen Depression und die in jeder Hinsicht darniederliegende Entwickelung nimmt einen raschen Aufschwung; — das Ohrenfliessen, das jahrelanger Behandlung trotzte, versiegt in kürzester Zeit, der Appetit bessert sich, das Gesicht verliert den dummen Ausdruck; Lange berichtet von einem Fall, wo ein anscheinend absolut idiotisches Kind, das für die Idiotenanstalt bestimmt war, nach der Operation einer riesigen Nasenmandel ein ganz normaler, intelligenter Mensch wurde. Auch Heilungen von Chorea minor, ja von Epilepsie durch Freimachen der Nasenathmung sind bekannt, wenn auch selten; ebenso wie erstaunliche Besserung von Basedowscher Krankheit bei Erwachsenen.

Zum Schluss gestatten Sie mir noch, meine Herren, der reflectorischen Fernwirkungen, welche in der Praxis häufig vorkommen, in aller Kürze zu gedenken.

In erster Reihe gehören hierher die Kopfschmerzen. Diese sind oft, wie ich in vielen Fällen gesehen habe, geradezu von sinnbethörender Stärke, sie gehen von einem Punkt, einer engen Stelle der Nase aus und entstehen durch Contact der Schleimhautflächen, besonders häufig durch Druck eines Knochenvorsprunges am Septum gegen eine geschwollene Muschel. Die Diagnose wird sicher, wenn es einerseits gelingt, durch Berührung oder Druck der Sonde einen Anfall hervorzurufen, oder aber einen schon manifesten Anfall durch Cocainabschwellung und Aufhebung des Contactes zu coupiren; am sichersten aber dadurch, dass es gelingt, nach Abtragung des die Nase verengenden Factors die Schmerzen dauernd abzuschwächen oder zu beseitigen. — Ganz dasselbe gilt von den verschiedenen reflectorischen Neuralgieen der Trigeminusäste.

Eine weitere Reflexneurose stellt das Asthma bronchiale dar. Hierbei geht der Reiz von der Nase auf den Lungentheil des Vagus über, welcher die Contraction der Bronchialmusculatur vermittelt. Jedoch kann, bei Stenosirung der Nase, auch auf rein mechanischem Wege ein asthmatischer Anfall ausgelöst werden. Hinter jedem Hinderniss in der Nase findet vermöge des eintretenden Minus-Luftdrucks eine Saugwirkung statt, die als passive Hyperämie in Erscheinung tritt und eine Schwellung der Schleimhaut — bis in die feinsten Bronchien hinein zu Wege bringt. Lässt sie hier für gewöhnlich noch gerade das nöthige Luftquantum passiren, so genügt doch nur ein kleiner accidenteller Anstoss, um die feinsten Luftwege zu verschliessen: sofort entsteht Lufthunger, d. ist: der asthmatische Anfall. Den eigentlichen Reflexneurosen gemeinsam ist, ausser der Berührung zweier Schleimhautflächen, eine die vermittelnden Nervenbahnen zur reflectorischen Thätigkeit anregende und befähigende nervöse Disposition allgemein neurasthenischer oder hysterischer Natur.

Ich bin mir dessen wohl bewusst, meine geehrten Herren Collegen, dass die kurze Skizze, die ich Ihnen über die Pathologie und Symptomatologie der Nasenverengerung und behinderten Nasenathmung zu geben versuchte, nur eine lückenhafte ist, doch glaube ich, dass auch schon das Angeführte dazu dienen mag, an die Bedeutung der Nasenverengerung für die Gesundheit zu erinnern und zu genauer Untersuchung und Behandlung der Nase aufzufordern, da hier oft die Quelle schwerer Leiden verborgen liegt, welche erst fernab in anderen Organgebieten in Erscheinung treten. Sollten Sie mir hierin beistimmen, so wäre mir das eine hohe Freude.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

591. Sitzung am 9. Mai. 1895

Vorsitzender: Herr Tiling; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Petersen spricht über Trichorrhexis nodosa. Anfangs wurde diese Erkrankung der Haare als selten angesehen und jeder einzelne Fall publicirt. Jetzt wissen wir, dass diese Krankheit ziemlich häufig ist und besonders die Schamhaare der grossen Labien befällt, seltener die Barthaare. Reymon hat auf das häufige Vorkommen der Trichorrhexis aufmerksam gemacht. Kaposi giebt an 15 Fälle gesehen zu haben. Im vorigen Jahre erschien eine Arbeit aus dem Unna'schen Laboratorium von Menahem-Hodara derzufolge ein specifischer Bacillus die Ursache der Trichorrhexis sein soll. Auf Veranlassung des Vortragenden hat sich Herr v. Essen mit der Aetiologie dieser Krankheit beschäftigt. Den ersten Fall beobachtete P. im October vorigen Jahres und bald nachdem er seine Aufmerksamkeit darauf speciell gerichtet hatte stieg die Zahl der Fälle bis über 50. Mehrere der Erkrankten waren in der Türkei oder Aegypten gewesen. Die Krankheit kommt sowohl bei Männern wie auch bei Frauen vor und verschont kein Alter. An Thieren ist Trichorrhexis nur bei einer Ziege gefunden worden.

Das Haar verändert sich in der Weise, dass es zuerst zu einer spindelförmigen Auftreibung kommt. Später zersplittert die Corticalis pinselförmig und das Haar bricht dann an dieser Stelle ab. In anderen Fällen tritt zuerst ein Spalt im Haar auf (dasselbe platzt offenbar) und dann fasert die Corticalis ab. Offenbar handelt es sich um regressive Metamorphose infolge ungenügender Ernährung. Ob letztere auf mykotische Einflüsse zu beziehen ist kann noch nicht mit Bestimmtheit behauptet werden jedenfalls sehen wir bei anderen mykotischen Erkrankungen z. B. Favus gleichfalls die Haare brüchig werden.

Herr Tiling: das regelmässige Befallensein der Haarspitzen spricht gegen eine bacterielle Ursache und mehr für Alterserscheinung. Bei Bacterieninvasion müsste man das Auftreten ähnlicher Processe auch an der Haarbasis erwarten.

Herr von Essen: Die Mehrzahl der Autoren erklärt die Entstehung der Trichorrhexis nodosa durch mechanische Insulte bei aussergewöhnlicher Trockenheit und Brüchigkeit der Haare. An Parasiten hat man wohl gedacht, jedoch fehlte es an einschlägigen bakteriologischen Untersuchungen.

Der Erste, der den parasitären Ursprung einer Form der Trichorrhexis nodosa nachwies, war der türkische Arzt Menahem Hodara. Derselbe untersuchte die, in Constantinopel häufige, Trichorrhexis capillitii, und fand in den kranken Haaren beständig einen charakteristischen kleinen Bacillus. Es gelang ihm durch Ueberimpfen von Reinkulturen dieses Bac. die Krankheit auf den gesunden Kopfhaaren eines jungen Mädchens künstlich zu erzeugen und beim Impfling mikroskopisch und bakteriologisch wiederum dieselben Bacillen nachzuweisen.

Auf Veranlassung des Herrn O. v. Petersen habe ich mich darauf mit der bakteriologischen Untersuchung eines sehr typischen Falles von Trichorrhexis nodosa barbae beschäftigt.

Meine Resultate erinnern vielfach an die von Menahem Hodara. Auch ich habe in den kranken Haaren mit grosser Constanz einen kleinen, sehr charakteristischen, vom Hodara'schen jedoch verschiedenen Bacillus gefunden. — Durch vielfache Untersuchungen überzeugte ich mich, dass derselbe auf normalen Haaren nicht vorkommt. — Meine Impfversuche wurden gleichfalls von Erfolg gekrönt. Nach wiederholten Impfungen mit Reinkulturen des erwähnten Bacillus auf einen vorher gesunden Bart entwickelte sich eine Trichorrhexis nodosa, die makroskopisch und histologisch mit dem Original vollkommen identisch war.

Aber — in den künstlich krank gemachten Haaren gelang es mir merkwürdiger Weise nicht, denselben Bacillus wiederzufinden, den ich verimpft hatte.

Somit ist das Endergebniss meiner Untersuchung nicht so eindeutig wie das der Hodara'schen. Ist ein Causalnexus zwischen dem, von mir gefundenen Bac. und der Trich. nod. barbae auch sehr wahrscheinlich, so steht der vollgiltige Beweis dafür noch aus.

592 Sitzung am 19. September 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

Herr Blessig legt eine Sammlung von in Glycerin-Gelatine eingebetteten Präparaten des Auges vor. Die Präparate betreffen theils pathologisch veränderte Menschenaugen (mit intraocularen Tumoren, Totalstaphylomen, Fremdkörpern im Augeninnern etc.) theils normale Thieraugen. Die Methode ihrer Herstellung stammt von Pristley-Smith, der gelegentlich des VII. internationalen Ophthalmologen-Congresses in Heidelberg 1888 eine wunderschöne Samm-

ung derartiger Präparate ausstellte und die Methode in den Verhandlungen des Congresses ausführlich beschrieb. Seitdem ist das Verfahren in ophthalmolog. Kreisen allgemein bekannt und vielfach in Gebrauch, doch dürfte es sich auch auf anderen Gebieten zur Herstellung anschaulicher, und dauerhafter makroskopischer Präparate vorzüglich eignen. Das ursprüngliche Verfahren von Pristley-Smith bestand kurz in folgendem: Härtung des Auges in Müller'scher Flüssigkeit, Halbirung desselben in gefrorenem Zustande, vorbereitende Behandlung des Präparates (des halbirten Auges) mit Chloralhydrat-Lösung (5%), und mit Glycerinlösung (15%, 25%, 50%), Einbettung desselben in Gelatine, die mit Wasser und Glycerin (1:8:8) unter Zusatz einiger Tropfen Carbolsäure hergestellt ist, in eigens dazu bestimmten Glasnäpfchen. Vortr. schliesst die letzteren gleich nach Erkalten der Gelatine luftdicht mit Canadabalsam ab, wobei sich die Gelatine und das Präparat in derselben jahrelang unverändert erhalten. Zur Härtung benutzt er seit 2 Jahren ausschliesslich das Formalin (anstatt der früher auch von ihm angewandten Müller'schen Flüssigkeit). Das Formalin erhält die Farbe des lebenden Gewebes und die Durchsichtigkeit der brechenden Medien des Auges fast unverändert, wodurch das Präparat wesentlich an Frische und Schönheit gewinnt.

Vermischtes.

— Auf dem V. Internationalen Congress zur Bekämpfung des Missbrauches geistiger Getränke, der vom 20.—22. August dieses Jahres in Basel tagte, wurde von den dort anwesenden ca. 25 medicinischen Professoren und Aerzten deutscher Zunge der Gedanke angeregt, dass alle die Collegen, welche für ihre Person Anhänger der Total-Abstinenz von geistigen Getränken sind, in einen näheren Connex miteinander treten möchten. Gerade die Thatsache, dass die anwesenden Aerzte sämmtlich Abstinenten waren, lässt darauf schliessen, dass unter den Aerzten zur Zeit ein lebhafteres Interesse für die wissenschaftliche Seite der Bewegung gegen das Alcoholelend beginnt, durch welche halbe Maassregeln als aussichtslos erwiesen wurden. Um dieses Interesse zu einem allgemeinen zu machen und die wissenschaftliche Erkenntniss auf dem Gebiete zu fördern, scheint es daher wünschenswerth, dass die heute schon in nicht unbeträchtlicher Zahl vorhandenen abstinenten Collegen deutscher Zunge zunächst sich vereinigen.

Mit der Einleitung der Schritte, die ev. zur Begründung einer solchen Vereinigung führen sollen, deren Aufgabe es wäre, ein festes Zusammenhalten zu ermöglichen und für die Verbreitung und den festen Ausbau der wissenschaftlichen Fundirung jener Anschauungen zu sorgen, wurden in Basel betraut die Herrn:

Dr. Smith, Schloss Marbach a/Bodensee, Post Wangen in Baden.

Dr. C. Fürer, Heidelberg, Vossstrasse 4.

— Der «Врачъ» entnimmt dem «Русскій Инвалидъ» folgende Mittheilung über die beabsichtigten Aenderungen im medicinischen Doctorexamen:

Mit der Veränderung der Prüfungsordnung für den Grad eines Arztes durch Einführung des Staatsexamens (in besonderen Prüfungscommissionen) ergab sich die Nothwendigkeit die bestehenden Bestimmungen über die Prüfung auf den Doctorgrad zu revidiren. Infolge dessen wurde vom Ministerium der Volksaufklärung schon vor einigen Jahren das Project einer neuen Prüfung auf den Doctorgrad ausgearbeitet. Dieses Project wurde den medicinischen Facultäten und der Militär-medicinischen Akademie zur Beurtheilung übergeben. Die gesammten Meinungsäusserungen der Facultäten und der Conferenz der Akademie und die aus diesen Gutachten vom Ministerium der Volksaufklärung gemachte Schlussfolgerung wurden darauf vom Medicinalrath durchgesehen, welcher nach Prüfung dieser Angelegenheit zu folgenden Resultaten gekommen ist: 1) Der Grad eines Doctors der Medicin, der gegenwärtig ein gelehrt-praktischer ist (§ 586 des врачебный уставъ), muss nur ein gelehrter, kein praktischer, Grad sein. 2) Daher erscheinen die «gelehrt-dienstlichen» (учено-служебныя) Grade, durch welche nicht das Niveau der Kenntnisse, sondern nur das Dienstverhältniss der betreffenden Person, das von der Administration abhängt, bestimmt wird, überflüssig. Bei dieser Auffassung müssen, nach Ansicht des Medicinalraths, zur Erwerbung des Grades eines Doctors der Medicin folgende Forderungen erfüllt werden. Zur Prüfung auf den Doctorgrad können Personen, welche den in Russland erworbenen Arztgrad besitzen, nicht vor 3 Jahren nach Beendigung der Prüfungen in der Regierungscommission zugelassen werden. Die Frist für die Prüfung in allen Gegenständen darf 2 Lehrsemester nicht übersteigen. Für die Vorstellung und Vertheidigung der Dissertation wird ein 5jähriger Termin von der Beendigung der Examina an, gewährt. Wer im Lauf von 5 Jahren seine Dissertation nicht vertheidigt hat, wird, wenn er den Doctorgrad erlangen will, einer neuen Prüfung unterzogen. Jeder, der sich der Prüfung auf den Doctorgrad unterziehen will, reicht darüber dem Rector der Universität oder dem Chef der militär-medicinischen Akademie ein Bittgesuch ein und legt ein Curriculum vitae, seine Documente und die Angabe einer Specialität bei. Alle Prüfungen geschehen in besonders dazu von den Universitätsfacultäten oder der Conferenz der Akademie ernannten Commissionen, die aus nicht weniger als 6 Mitgliedern bestehen, darunter auch ein Specialist in dem Prüfungsgegenstand. Zum befriedigenden Bestehen der Prüfung ist der Nachweis von gründlichen Kenntnissen in den im Programm genannten Gegenständen in ihrem ganzen Umfang erforderlich, wobei es der Commission freigestellt wird, die Mittel und Methoden zur Feststellung der Kenntnisse des Examinanden zu bestimmen. Nur nachdem der Examinand unwiderleglich genügende Kenntnisse in den grundlegenden medicinischen Wissenschaften (makroskopische und mikroskopische Anatomie, Physiologie, pathologische Anatomie und Histologie, allgemeine Pathologie, Geschichte der Medicin, allgemeine Hygiene) bewiesen hat, wird er zur Prüfung in seiner Specialität zugelassen. Es werden 17 Specialfächer festgesetzt, und zwar: 1) Anatomie, 2) Histologie, 3) Physiologie, 4) Physiologische Chemie, 5) Pathologische Anatomie und Histologie, 6) Allgemeine Pathologie, 7) Pharmakologie, 8) Pharmacie und Pharmacognosie, 9) Innere Krankheiten, 10) Nerven- und Geisteskrankheiten, 11) Venerische und Hautkrankheiten, 12) Chirurgie, 13) Ophthalmologie, 14) Geburtshilfe und Frauenkrankheiten, 15) Kinderkrankheiten, 16) Hygiene, 17) Gerichtliche Medicin. — Die Prüfung in einem Specialfach hat zum Zweck, sich von Specialkenntnissen des Examinanden in einer Wissenschaft oder einem Zweig der Medicin zu überzeugen; daher umfasst die Prüfung sowohl den theoretischen als auch den praktischen Theil der betreffenden Wissenschaft. Als Dissertationen können nur solche Arbeiten angenommen werden, die ganz selbstständig geschrieben sind und wirklich eine ernste wissenschaftliche Bedeutung haben. Die Examina müssen an derselben Institution beendet werden, an der sie angefangen sind. Die Dissertationen werden von 3 Mitgliedern einer Facultät oder Conferenz durchgesehen, welche darüber einen eingehenden und genauen Bericht liefern. Das Diplom wird auf den Grad eines Doctors der Medicin ausgestellt und in ihm werden die Gegenstände aufgezählt, in denen der Examinand geprüft worden ist. Mit der Einführung der beabsichtigten Aenderungen muss der Grad eines Doctors der Medicin erhöhte Bedeutung erlangen, wobei in Zukunft dieser Grad, der jetzt eine gelehrt-praktische Bedeutung hat, nur die Bedeutung eines gelehrten Grades haben wird, ebenso wie die gelehrten Grade in den anderen Facultäten, wo ein solcher Grad als Bedingung für die Zulassung zur Professur angesehen wird.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. September d. J. 6638 (146 mehr als in d. Vorw.), darunter 661 Typhus — (7 mehr), 761 Syphilis — (39 mehr), 124 Scharlach — (4 mehr), 44 Diphtherie — (5 mehr), 33 Masern — (4 mehr), und 15 Pockenkranke — (0 mehr) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Bum. Therapeutisches Lexikon II. Auflage. Wien, Urban und Schwarzenberg.

Bum und Schnirer. Diagnostisches Lexicon. II Ibidem.

J. Gad. Reallexicon der medicin. Propädeutik. Liefg. 11—20. Ibidem.

W. Plauge. Die Infectionskrankheiten. Berlin, Karger 1894.

W. Sturmann. Klin. Gesch. der Pachydermi laryngis. Ibidem.

B. Rawitz. Grundriss der Histologie. Ibidem.

C. Hennig. Die Krankh d. Thymusdrüse. Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankh. Nachtrag III. Tübingen, Lauppsche Buchhandlung.

W. Marshall. Neueröffnetes wundersames Arzenei-Kästlein. Leipzig, Twietmeyer 1894.

A. Drasche, Bibliothek der medicin. Wissenschaften. Liefg 15—20. Wien, Merlin.

L. v. Hoffer. Klin. Propädeutik. Graz, Leuschner u. Lobensky 1894.

W. Franken. Menton. Paris 1894.

A. Behr. Dr. Försters Medicin. Taschenkalender. Riga, Jonck und Poliewsky 1894.

Jankau. Die Photographie in der praktischen Medicin. München, Seitz und Schauer.

C. Kopp. Atlas der Geschlechtskrankheiten. München, Lehmann.
A. Rose. Griechisch als allgemeine Sprache der Aerzte und Gelehrten überhaupt. Leipzig, Volckmar.
O. Naegeli. Therapie von Neuralgien durch Handgriffe. Basel und Leipzig, Carl Sallmann 1894.
B. Fischer. Die neueren Arzneimittel. Berlin, Springer 1894.
Thure Brandt. Behandlung weiblicher Geschlechtskrankh. II. Auflage. Berlin, Fischers med. Buchhandlung 1893.
Th. Weyl. Handbuch der Hygiene. 4. Lieferung. Jena, Gustav Fischer 1893.
O. Hovorka. Die äussere Nase. Wien, Hölder 1893.
Оболонскій. Пособникъ при изслѣдованіи трупа. С.-Петербургъ, К. Риккеръ 1894.
В. Никитинъ. Руководство къ изученію ларингоскопія и болѣзней гортани. Второе изд. Ibidem.
Börner's Reichsmedicinalkalender für 1894. Th. II. Thieme, Leipzig.
Leuckart. Die Parasiten des Menschen. I. Bd. 5. Liefg. Leipzig, Winter 1894.
Klin. Zeit.- und Streitfragen. Bd. VII. Heft 9, 10. Wien, Hölder.
Roth. Populärer Bericht für Leidende. Budapest, Grill 1893.
Merck (Darmstadt). Bericht pro 1893.
Peterson. Unsere Nahrungsmittel. Stuttgart, Zimmer 1894.
Wiesengrund. Die Elektricität. Frankfurt, Bechhold 1894.
Левицкій. Уклоненія отъ норм. сращенія переломовъ. Москва, Левинсонъ.
Hildebrand. Grundriss der chirurg. topograph. Anatomie. Wiesbaden, Bergmann 1894.
Index-Catalogue of the library of the Surgeon General's Office U. S. A. Vol. XIV.
Mittheil. aus Kliniken der Schweiz. I. Reihe. Heft 5 und 6.
Ziemssen. Annalen der Städtischen Allgemeinen Krankenhäuser zu München. München, Lehmann 1894.
Esmarch. Handbuch der Kriegschirurgischen Technik. Kiel, Leipzig, Lipsius 1894.
Zarniko. Die Krankheiten der Nase. Berlin, Karger, 1894.
Guttstadt. Klinisches Jahrbuch. Fünfter Band. Berlin. Springer 1894.
Seitz. Kinderheilkunde. Berlin, Karger 1894.
Marmorek. Theorie der Septischen Krankheiten. Stuttgart Enke 1894.
Schmidt. Krankheiten der Luftwege Berlin, Springer 1894.
Röse. Kieferbrüche und Kieferverbände. Jena, Fischer 1894.
Eiselsberg. Ueber die äusseren Bedingungen und die socialen Indicationen für Chirurgische Operationen. Wien, Braumüller 1893.
Neusser. Diagnostik und Therapie in der Inneren Medicin. Leipzig, Braumüller 1893.
Kraepelin. Geistige Arbeit. Jena, Fischer 1894.
Eulenburg. Real-Encyclopädie. Lieferung 3—10. Wien, Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1893.
Drasche. Bibliothek der Medicinischen Wissenschaften. Lieferung 21—24. Wien, Merlin 1893.
Noorden. Lehre vom Stoffwechsel. Heft 2. Berlin, Hirschwald 1894.
Jaksch. Die Vergiftungen. Wien, Hölder 1894.
Hirschberg. Basedow'sche Krankheit. Wien, Urban u. Schwarzenberg 1894.
Loebisch. Medicinisch-Chirurgische Rundschau Heft 4—8. Wien, Urban und Schwarzenberg 1894.
Der 22. schlesische Bädertag. Reinerz 1894.
Dritter Bericht über die Thätigkeit der Heilanstalt für Nervenkranke von Dr. Holst in Riga 1894.
Rechenschaftsbericht des Evangel. Hospitals in Odessa für 1893.
Koppe. Das Alkoholsiechthum. Moskau 1894.
Hellin. Struma und Schilddrüse. München, Wolff 1893.
Perl's Lehrbuch der allgemeinen Pathologie. III. Auflage herausgegeben von Prof. Neelsen. Stuttgart, Enke 1894.
Schäpper. Atlas der Geburtshülfe. München, Lehmann 1894.
Wegele. Die Wirkungsweise der Sool- und Seebäder. Leipzig Naumann.
Drasche. Bibliothek der medic. Wissenschaft. Liefg. 25—27. Wien, M. Merlin.
Hagemeyer. Das neue Krankenhaus der Stadt Berlin am Urban. Berlin, Hirschwald 1894.
Transactions of the American pediatric society. Vol. IV et V.
Jaffé. Principien und Technik der heutigen Wundbehandlung. Leipzig, Naumann.
Winkelmann. Die erste Hilfe bei schweren Verletzungen. Ibidem.
Sänger u. Odenthal. Asepsis in d. Geburtshülfe u. Gynäk. Ibidem.
Radestock. Die Inunctionscur. Ibidem.
Blass. Die Impfung und ihre Technik. Ibidem.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis .30 September 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
246	200	446	83	33	76	6	3	24	37	47	50	33	28	19	6	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 20, Diphtherie 8, Croup 1, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 3, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 56, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 44, Marasmus senilis 12, Krankheiten der Verdauungsorgane 35, Todtgeborene 19.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. October 1895.

Tagesordnung: Dr. Wanach: Ueber multiple Darmfisteln.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. October 1895.

Дозв. ценз. Спб. 7 Октября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 41 St. Petersburg, 12. (26.) October 1895

Inhalt: Dr. W. Beckmann (St. Petersburg): Ueber die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per laparotomiam. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Vermischtes. — An die Redaction eingesandte Bücher. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Aus der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals.

Ueber die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per laparotomiam.

Von

Dr. W. Beckmann. (St. Petersburg).

Nach einem im Verein St. Petersburger Aerzte am 3. October 1895 gehaltenen Vortrage.

Bei der Behandlung der Uterusmyome nehmen die operativen Eingriffe einen wichtigen Platz ein. Alle anderen Behandlungsmethoden sind als palliativ zu bezeichnen, da radicale Heilungen durch dieselben nicht zu erzielen sind. Dieses gilt auch für die beiden wichtigsten palliativen Behandlungsmethoden: die Ergotinbehandlung und die Behandlung mit starken electrischen Strömen.

Der operative Eingriff gab bei Myomen noch bis in die jüngste Zeit eine hohe Mortalität. Nur Enucleationen von submucösen oder subserösen Geschwülsten oder Abtragung gestielter Myome gaben eine bessere Statistik.

Noch liegt die Zeit nicht weit zurück, wo bei Myomen, die eine supravaginale Abtragung des Uterus indicirten, 50% Mortalitat eine häufige war. In den 80-iger Jahren verlor ein so geschickter Operateur wie Schröder 28% seiner Myomotomirten (von 164 Pat.) Hofmeier berechnet noch bis zum Anfang der 90-ger Jahre 23,1% Mortalität für die Laparomyomotomie.

Wenn nun einerseits die Myomotomie als einzig radicale Behandlungsmethode von den meisten competenten Gynäkologen anerkannt war, musste doch daran festgehalten werden, was schon Schröder ausgesprochen hatte, dass die Indication zur Myomotomie sich zu richten habe nach der Prognose der Operation. Nur nach Verbesserung der Prognose dürfte diese Operation häufiger ausgeführt werden. Das Bestreben aller Operateure war deswegen dahin gerichtet die Operationsmethode so zu verbessern, dass womöglich die Myomotomie ebenso gute oder wenig schlechtere Resultate gäbe als die Ovariotomie.

Es scheint nun in der That, dass wir soweit gekommen sind, da schon mehrere Operateure durch Vervollkommnung der Operationsmethoden glänzende Resultate erzielt haben.

Bevor wir auf die modernen hochausgebildeten Operationsmethoden eingehen, dürfte es lehrreich sein einen Blick zu werfen auf die früher geübten Methoden. Wenn wir von den Enucleationen, Abtragungen gestielter Geschwülste und der vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei kleineren interstitiellen Tumoren absehen, so war die allgemein übliche Operationsmethode die supravaginale Amputation des myomatösen Uterus. Dieselbe wurde in der Weise ausgeführt, dass nach Abbindung der Ligamenta lata beiderseits um den Cervix uteri ein Gummischlauch gelegt wurde, oder aber der Cervix in anderer Weise durch Klammern oder Draht abgeschnürt wurde. Oberhalb dieser Abschnürung wurde dann das Corpus uteri mit der Geschwulst abgetragen. In Bezug auf die weitere Behandlung des Geschwulststieles gingen die Meinungen auseinander. Die Einen fixirten den Stiel ohne die Constriction abzunehmen im unteren Winkel der Bauchwunde, Andere entfernten die Constriction nach vorausgeschickter Versorgung und Blutstillung und versenkten den Stiel in die Peritonealhöhle.

Als Vertreter der extraperitonealen Stielversorgung seien Péan in Frankreich, Hegar und Kaltenbach in Deutschland und Thomas Keith in Schottland erwähnt. Trotzdem die Resultate bei der Stielversenkung anfangs bedeutend schlechter waren als bei der extraperitonealen Methode, mussten doch die meisten Operateure mit Schröder zugeben, dass das erstgenannte Operationsverfahren das principiell richtigere sei. Die Gefahr der Sepsis und Nachblutung aus dem Stiel musste, um bei der Stielversenkung bessere Resultate zu erzielen, möglichst verringert resp. ausgeschlossen werden. Die langwierige Nachbehandlung beim Einnähen des Stieles in die Bauchwunde, welche sich aus der langsamen

Abstossung des Schnürstückes ergab, sowie die unvermeidlichen Bauchbrüche in der Bauchnarbe sprachen gegen die extraperitoneale Stumpfversorgung.

Schröder gebührt das Verdienst die erste brauchbare Methode der intraperitonealen Stielversorgung angegeben zu haben. Dieselbe besteht in einer sehr sorgfältigen etagenförmigen plastischen Naht der Wundfläche des Stieles, wodurch dieselbe vollständig versorgt, und bei der obersten Etage eine lineäre Adaptirung der Serosa erzielt wird. Nach dieser Methode haben wohl seiner Zeit fast alle Operateure operirt, auch ich habe diese Operation einige Mal ausgeführt. Als Mangel der Methode ist die lange Operationsdauer anzuführen, da eine sorgfältige Ausführung eine grosse Zahl von Nähten erfordert. Trotzdem hat wohl fast Jeder es erlebt, dass es nach Abnahme des Schlauches doch noch aus dem Stiele blutete, ebenso sind Nachblutungen nach Schluss der Bauchhöhle beobachtet worden. Schröder's Resultate waren nicht gerade glänzende, da sich die oben angeführte Mortalitätszahl auch auf die nach dieser Methode operirten Fälle bezieht. Dagegen hat ein Schüler Schröder's, Brennecke diese Methode weiter ausgebildet und nach seiner jüngsten Mittheilung von 19 nach Schröder operirten Pat. keine verloren.

Zweifel in Leipzig machte der Schröder'schen Methode den Vorwurf, dass bei derselben von dem allgemein üblichen Princip, Blutungen durch Ligirung zu stillen, abgewichen werde. Nach Zweifel's Ansicht ist die Schröder'sche Naht des Stumpfes nicht im Stande uns vor Blutung und Nachblutung zu schützen, da zwischen den Nähten trotz sorgfältiger Anlegung derselben dennoch Gewebe und in demselben Gefässe unversorgt bleiben. Um dieses zu vermeiden schlug Zweifel vor, den Stumpf durch Theilunterbindungen vollständig abzuschnüren und zwar in der Weise, dass an den Kanten des Uterus das Ligament unter Mitfassen der Serosa durchstochen wird, um der Unterbindung der Arteria uterina sicher zu sein, dagegen in der Mitte des Collum das Peritoneum nicht unterbunden wird, um dasselbe für die Ernährung des abgebundenen Stückes Gebärmutter zu erhalten. Die Abschnürung des Stumpfes wird mit Hülfe der scharfen Bruns'schen Nadel mit Katgut vorgenommen, so, dass in jeden Stichkanal 2 Fäden gebracht werden, der eine beim Vorschieben der andere beim Zurückziehen der Nadel. Auf diese Weise kann zwischen 2 Ligaturen kein unversorgtes Gewebe zurückbleiben. Ueber den Stumpf wird das Peritoneum, das vor Absetzung des Tumors höher durchtrennt und nach unten zurückgeschoben wurde, vernäht. — Anfangs ligirte Zweifel den Stumpf über dem Schlauch, später aber direct den Tumor nach Zurückschieben nur eines vorderen Peritoneallappens, um erst nach völliger Ligirung die Geschwulst abzutragen ohne dann einen Schlauch angelegt zu haben. Auf diese Weise wird für exacte Blutstillung in vollkommener Weise gesorgt, wie ich mich selbst überzeugen konnte. Das abgebundene Stück soll durch Hülfe des Peritoneallappens von neuem in den Kreislauf und die Ernährung einbezogen werden. Dass dem wirklich so ist, glaubt Zweifel durch die mikroskopische Untersuchung eines Myomstumpfes bewiesen zu haben.

Die erzielten Resultate Zweifel's sind glänzende. In einer ersten Reihe von 51 Fällen hatte er nur 4% Mortalität, beide Todesfälle kamen in der ersten Hälfte der Reihe vor. Unter weiteren 43 Operirten einer zweiten Reihe hatte Zweifel nur einen Todesfall, mithin also für alle 92 Operirten 3,2% Mortalität.

Die Zweifel'sche Methode ist also im Stande Glänzendes zu leisten, doch verlangt ihre Ausführung eine Meisterhand. Die Handhabung der Bruns'schen Nadel ist besonders bei etwas dickerem Stumpf eine sehr schwierige. Die Gefahr der Sepsis ist trotz aller Cautelen offenbar doch eine grössere, als bei der Ovariotomie, wie die viel schlechteren Resultate anderer Operateure, die nach dieser Methode operirten, zeigen. Die Frage über das weitere Schicksal des Schnürstückes scheint mir trotz der mikroskopischen Untersuchung Zweifel's in einem Falle nicht gelöst.

Mit Brennecke müssen wir die Möglichkeit der Necrobiose des Schnürstückes als Ursache eintretender Sepsis im Auge behalten.

Aehnlich der Zweifel'schen ist die von Leopold angegebene Methode. Leopold sucht den Stumpf möglichst klein, ungefähr daumendick, zu machen. Dieses erreicht er durch Ausschälen von Resten der Geschwulst oder einzelner Geschwulstknoten aus dem Cervix. Der verhältnissmässig dünne Stiel wird dann nach dem Vorbilde der Ovariotomie mit möglichst wenig Ligaturen (bisweilen nur 1—2) abgeschnürt und mit den vorher abpräparirten Serosamanschetten übernäht. Der Cervicalkanal wird mit abgeschnürt, vorher aber verschorft. Sämmtliche 20 in dieser Weise Operirten genasen.

Brennecke macht auch dieser Methode den Vorwurf, dass hier ein später necrotisirendes Schnürstück gebildet wird, wobei für etwa vorhandene Secrete nicht einmal der Weg durch den Cervicalkanal offen gelassen wird.

Letzteren Mangel vermeidet die Methode von Ott's. Dieser Operateur hat neben Zweifel und Leopold die besten Operationsresultate aufzuweisen. Seine Methode der vereinfachten supravaginalen Hysteromyomectomie verzichtet auf eine Bedeckung des Myomstumpfes mit Peritoneum. Der Tumor wird in einer auf der verticalen Axe des Uterus senkrechten Ebene abgetragen, nachdem vorher die Lig. lata abgebunden worden, wobei die letzte Ligatur einen Theil des Uterusgewebes mitfasst. Auch hier muss man bestrebt sein den Stumpf möglichst klein zu gestalten. Falls nicht vollständige Hämostase erreicht wurde, wird der Stumpf durch 2 Fäden, die 1 Cm. unter der horizontalen Stumpffläche von vorn nach hinten beiderseits vom Cervicalkanal durchgezogen werden, abgeschnürt. Der Operation geht eine Dilatation und Curettage des Cervicalkanals voraus. Nach der Operation wird durch letzteren ein drainirender Jodoformmarlystreifen gezogen. Vor Schluss der Bauchhöhle wird die Stumpffläche leicht pacquelinisirt.

Von 24 nach dieser Methode operirten Pat. hat von Ott nur eine verloren. Er hat also eine Mortalität von 4,3%, nachdem er vorher bei 31 supravaginalen nach anderen Methoden ausgeführten Myomectomien 24,4% Sterblichkeit gehabt hatte.

Nachdem wir jetzt die wichtigsten Myomoperationsmethoden kurz erwähnt haben, müssen wir noch, bevor wir auf die totale Exstirpation des myomatösen Uterus zu sprechen kommen, die sogenannte retroperitoneale Stielversorgung erwähnen.

Diese gewöhnlich nach Hofmeier-Chrobak benannte Methode kehrt gewissermaassen zum Princip, den Stumpf ausserhalb der Peritonealhöhle zu lagern, zurück. Besonders Chrobak ist für diese Methode eingetreten und hat viel zur Verbreitung derselben beigetragen. Es werden 2 grosse Lappen des Peritonealüberzuges abpräparirt und nach Versorgung des Stumpfes ohne die geringste Spannung in exactester Weise vereinigt, um einen vollständigen Abschluss der Peritonealhöhle zu erzielen. Die Nahtlinie der Serosa darf nicht mit der Oeffnung des Cervicalstumpfes congruiren. Falls es zur Flüssigkeitsabsonderung aus dem Stumpfe kommt, so ist ein genügend grosser Raum unter den Peritoneallappen für dieselbe vorhanden. Ein Eintritt irgend welcher Secrete in die Peritonealhöhle ist durch die genaue Serosanaht unmöglich gemacht. Der Raum

zwischen Cervicalstumpf und Serosa wird durch einen durch den Cervicalkanal geführten Jodoformdocht drainirt.

Chrobak selbst hat 22 retroperitoneale Operationen gemacht mit 1 Todesfall. Im ganzen sind von ihm und seinen Assistenten zusammen 46 Myomotomien nach dieser Methode ausgeführt worden mit 4 Todesfällen. Dieses Resultat ist immerhin günstig und muntert zur Anwendung dieser Methode auf. Nach derselben wird denn auch in jüngster Zeit ziemlich viel operirt; aus der Zahl der Operationsberichte sei die Arbeit Rosthorn's erwähnt, der von 30 nach dieser Methode Operirten nur eine Pat. verlor. Hofmeier erzielte mit dieser Methode sehr schlechte Resultate (5 Todesfälle auf 11 Operirte). Chrobak selbst sieht die retroperitoneale Operationsmethode nicht als die ideale an, als solche bezeichnet er vielmehr die totale Uterusexstirpation per laparotomiam. Auf letztere möchte ich mir erlauben etwas näher einzugehen, da ich diese Methode nach eigenen Erfahrungen nur dringend empfehlen kann.

Der Erste, der diese Methode systematisch an einer grösseren Reihe von Patienten anwandte, war A. Martin in Berlin. Er übt dies Operationsverfahren seit 1890. Sein Verdienst bleibt es, auf diese Methode die Aufmerksamkeit der Operateure gelenkt zu haben. Dieses Verdienst wird dadurch nicht verringert, dass schon vor Martin Bardenheuer die Totalexstirpation per laparotomiam ausgeführt hat.

Die Operationsmethode der Totalexstirpation per laparotomiam wurde im April dieses Jahres zum ersten mal von Dr. W. Wasten in der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals ausgeführt. Nach unserem Chef haben auch College Rymsza und ich Gelegenheit gehabt die Operation je 2 mal auszuführen. Im ganzen sind jetzt in der Abtheilung Dr. Wasten's 8 Totalexstirpationen gemacht worden ohne einen Todesfall. Dieses Resultat ist ein viel günstigeres, als wir es früher bei Myomotomien erzielen konnten. Obgleich die Zahl der Fälle eine noch nicht grosse ist, haben wir uns doch schon so weit mit der Methode befreundet, dass wir sie empfehlen können. Es ist nicht meine Aufgabe hier auf alle operirten Fälle einzugehen, eine Veröffentlichung einer grösseren Reihe von Operationen hat sich Dr. Wasten selbst vorbehalten. Es soll nur die Methode beschrieben und auf ihre Vorzüge hingewiesen werden, ich schliesse daran die Krankengeschichten der beiden von mir operirten Patientinnen.

Nachdem die üblichen Vorbereitungen am Tage vor der Operation vorausgeschickt wurden, aus deren Zahl nur die sorgfältige Desinfection der Scheide und des Cervicalkanals hervorgehoben werden mögen, beginnt man die Operation in derselben Weise wie bei der vaginalen Uterusexstirpation. Die Portio vaginalis wird durch rinnenförmige Specula und Scheidenhalter freigelegt und mit Kugelzangen fixirt resp. vorgezogen, wenn dieses ausführbar ist. Darauf wird die Vaginalwand an Stelle ihrer Anheftung an die portio vaginalis kreisförmig durchschnitten und überall vom Cervix abgeschoben. Nun wird die Blase vorn vom Cervix stumpf zurückgeschoben, wenn möglich bis zur Umschlagsstelle des Peritoneum. Nachdem auf diese Weise der Cervix frei gemacht ist, legt man beiderseits durch die Parametrien je eine Seidenligatur und durchschneidet das abgebundene Gewebe. Es folgt nun die Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes durch Aufheben einer Falte und Durchschneiden derselben. Nachdem die Peritonealhöhle eröffnet ist, wird der Schnitt beiderseits bis zur seitlichen Anheftung des Peritoneums auf die ligamenta lata erweitert. Gewöhnlich blutet es aus dem Zellgewebe der hinteren Vaginalwand, deswegen fixirt man das Peritoneum mit der hinteren Vaginalwand durch einige gewöhnliche oder Matratzennähte. Die Eröffnung der vorderen Peritonealfalte kann unterbleiben, häufig genug präsentirt sie sich nach Ablösung der Blase, so dass man auch hier das Peritoneum eröffnet und mit einigen Suturen an die Vagina fixirt. Vorn kommt es kaum jemals zu einer wesentlichen Blutung aus dem Zellgewebe. Bevor man nun zum abdominalen, zweiten Act der Operation schreitet, empfiehlt es sich vorher den Cervicalkanal zu schliessen, damit nichts von seinem stets bacterienhaltigen Inhalt in die Bauchhöhle gelange. Wir schnüren die Portio vaginalis durch einen Doppelfaden, der mit einer Nadel durchgeführt wird, nach 2 Seiten ab. Ins hintere Scheidengewölbe kann ein Tampon aus Jodoformmarly geschoben werden. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zwischen Nabel und Symphyse in Trendelenburg'scher Beckenhochlagerung wird der Tumor nach aussen gewälzt respective durch Erfassen an seiner Kuppe mit kräftigen Museuz'schen Zangen kräftig vorgezogen. Es erfolgt nun die partienweise Ligirung des Lig. latum der einen Seite hinab bis zum Collum. Falls das Ligament der anderen Seite kurz sein sollte, so eröffnet man sofort die Umschlagestelle des Peritoneum vorne, sofern das nicht schon früher geschehen war, und kann dann sofort die Ligirung dieser Seite bis zu Ende führen. Es empfiehlt sich die Basis des Ligam. latum in nicht zu dicken Partien abzubinden, weil eine Blutung an dieser Stelle in der Tiefe des Beckens am wenigsten erwünscht ist. Die neben dem Collum liegenden Ligaturen dürfen nicht zu weit von demselben entfernt angelegt werden. Die Durchschneidung hat so zu erfolgen, dass ausserhalb der Ligaturen noch genügend lange Schnürstücke zurückbleiben. Eine Blutung von der Seite des Tumors wird durch Anlegung von langen Klammern verhindert. Nachdem die eine Seite des Tumors freigemacht ist, wird die Portio vaginalis mit einer Kugelzange erfasst und herausgehoben. Die Ligirung der anderen Seite erfolgt nun in derselben Weise. Nach Inspicirung der Stümpfe und Anlegung von dünnen Ligaturen auf die sichtbaren Gefässlumina führt der Assistent von der Vagina aus eine Kornzange in die Bauchhöhle, erfasst mit derselben alle Ligaturen und zieht sie in die Vagina hinab. Ins Loch im Scheidengewölbe wird ein mehrfach zusammengelegter Jodoformmarlystreifen als Drain hineingelegt. Falls vor der Exstirpation Verwachsungen und Adhäsionen gelöst wurden, aus denen leichte parenchymatöse Blutungen erfolgten, tamponirt man das kleine Becken mit einem fächerförmigen Tampon, dessen Ende in die Vagina gesteckt wird. In letztere wird gewöhnlich noch ein kleinerer zweiter Tampon, zum Zweck des Verschlusses der Scheide gelegt. Die Tamponade des Douglas'schen Raumes empfiehlt sich auch in den Fällen, wo verdächtiger Tubeninhalt während der Operation ausfloss. Bei ganz «reinen Operationen» kann der Schlitz unten im Peritoneum mit einer fortlaufenden Naht vernäht und die Peritonealhöhle so völlig verschlossen werden.

Falls die Blase hoch auf den Tumor hinaufreicht muss man damit beginnen sie von oben her abzulösen, was stets leicht stumpf zu bewerkstelligen ist. Die Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes kann auch vor der Ligirung der breiten Mutterbänder vorgenommen werden. Nach derselben wird jedenfalls der Tumor beweglicher. Bei wenig beweglichen Tumoren kann man Schnitt für Schnitt vordringend abbinden und durchschneiden, stets wird aber durch das Ligament hindurch sowohl ein- als auch ausgestochen, wodurch die Ligatur am Abgleiten verhindert wird. Die nächste Einstichsöffnung soll möglichst in die vorhergehende Ausstichsöffnung fallen. Die Ligirung erfolgt mit gewöhnlichen starken Nadeln mit stumpfer Spitze; dieselben werden mit Hülfe eines Nadelhalters durchs Gewebe geführt.

Den Tampon aus der Bauchhöhle haben wir gewöhn-

lich nach 5 Tagen entfernt. Die Ligaturen stossen sich selbst ab oder werden allmählich, soweit die Knoten zugänglich sind, beginnend vom 14 Tage an entfernt. In einigen Fällen hielt sich ein Theil der Ligaturen sehr lange und verliessen die Patientinnen mit denselben das Hospital.

Modificationen inbezug auf das Verfahren resp. die Reihenfolge der einzelnen Acte werden sich wohl alle Operateure erlauben.

Martin verzichtet auf die vaginale Auslösung des Collum und die Eröffnung der Scheidengewölbe und macht in neuerer Zeit die ganze Operation von der Bauchhöhle aus. Nach Abbinden der Ligamenta lata bis dicht ans Scheidengewölbe eröffnet er letzteres zuerst hinten und umsäumt dasselbe. Das Umsäumen des hinteren Scheidengewölbes ist aber von oben her nach meiner Meinung viel schwieriger als von der Vagina aus. Nun vernäht Martin die seitlichen Scheidengewölbe, bis zuletzt nur noch vorn die Verbindung zwischen Collum und Blase übrig bleibt, die nun durch einen Querschnitt eröffnet und stumpf gelöst wird. Nach Herabziehen der Ligaturen in die Scheide verschliesst Martin unten die Peritonealhöhle vom Abdomen aus durch Vernähen des hinteren mit dem vorderen Schnittrande des Peritoneum.

Jacobs eröffnet beide Scheidengewölbe per vaginam und legt dann vom Abdomen aus beiderseits lange Klammern an, deren abnehmbarer Griff von der Vagina aus an das untere Ende der Klammern angelegt werden kann, ohne dass die Klammern gelöst zu werden brauchen. In die Vagina kommt ein Tampon aus Jodoformmarly zu liegen.

Es fragt sich nun worin die Vorzüge dieser Methode vor anderen Operationsverfahren bestehen. Vor allen Dingen fällt der Myomstumpf fort, dessen Verbleib im Abdomen die Myomotomien zu einer so gefährlichen Operation macht. Mag diese Gefahr nun aus dem Cervicalkanal erwachsen, oder aus dem nekrotisirenden Schnürstück, ihrer muss man sich bei allen anderen Methoden gewärtigen. Auch Nachblutungen kommen nicht vor. Die Stümpfe sind wenig voluminös und gleichen vollständig den Ovarial- oder Adnexstümpfen. Technisch ist die Operation nicht schwierig auszuführen und verlangt entschieden weniger Zeit, als andere Methoden, bei denen eine sorgfältige Versorgung des Stumpfes vorgenommen werden muss. Den Hauptvorzug dieser Methode sehe ich im reactionslosen Verlauf nach der Operation. Die Pat. fühlen sich eben so gut wie nach einer Ovariotomie und sind schon in wenigen Tagen völlig beschwerdelos; dadurch unterscheidet sich diese Methode wesentlich von den anderen. Früher war das Befinden der Myomotomirten stets ein sehr schlechtes, man hatte immer den Eindruck, dass die Pat. sich einige Tage lang zwischen Leben und Tod befanden.

Der günstige Einduck den wir von dieser Methode als operativem Eingriff erhalten haben, lässt uns dieselbe als die Normaloperation für grössere Myome erscheinen. In Concurrenz mit ihr treten kann nur die vaginale Entfernung myomatöser Uteri mittelst Morcellement. Alle vaginalen Operationen geben bekanntlich eine bessere Prognose als die Coeliotomien, sie sind aber in ihrer Anwendung beschränkt auf Tumoren geringeren Umfanges. Freilich gelingt es geschickten Operateuren Tumoren bis Kindskopfgrösse stückweise per vaginam zu entfernen. Mir scheint aber, dass darin zu weit gegangen wird. Die Laparotomie behält vor den vaginalen Operationen den Vorzug der Uebersichtlichkeit und der grösseren Zugänglichkeit des Operationsfeldes. Die Häufigkeit von Complicationen bei Myomen lässt es erwünscht erscheinen, auch das zu sehen, was man entfernt. Martin fand z. B. bei 408 Myomotomien 44 mal Complicationen: 11 mal Pyosalpinx, 1 mal Hydrosalpinx, 4 mal Tuboovarialtumoren, 2 mal Carcinoma ovarii, 1 mal abscessus ovarii, 6 mal doppelseitige, 13 mal einseitige Ovarialtumoren, 3 mal Dermoid, 3 mal grosse Hämatome von Ovarialfollikeln. In beiden von mir operirten Fällen fand sich Hämatosalpinx, zahlreiche andere Complicationen habe auch ich häufig genug beobachten können. Verwachsungen mit dem Netz und mit den Därmen gehören gleichfalls nicht zu den Seltenheiten.

Aus der Zahl der in der gynäkologischen Abtheilung des Obuchowhospitals operirten Patientinnen ist besonders eine deswegen interessant, weil das nicht grosse Myom per vaginam, wie ursprünglich beabsichtigt wurde, nicht entfernt werden konnte, da das Peritoneum des hinteren Scheidengewölbes nicht aufgefunden werden konnte. Bei der vorgenommenen Laparatomie fanden sich neben doppelseitigem Pyosalpinx, so zahlreiche Adhäsionen mit dem Darm im Douglas'schen Raum, dass an eine vaginale Entfernung des Uterus ohne Darmverletzung nicht hätte gedacht werden können.

Ein weiterer, nicht unwichtiger Vorzug der Totalexstirpation ist die Unabhängigkeit des Operateur's von der Möglichkeit der Stielbildung. Alle mehr weniger kugligen oder zum Theil im Cervix sitzenden Myome gaben bei den früheren Methoden sehr grosse Stümpfe; häufig konnten auch solche nur mit Schwierigkeiten gebildet werden. Bei der Totalexstirpation ist auch die Entfernung solcher Myome ohne Weiteres möglich. Als Beleg dafür kann ich auf einen der Fälle hinweisen, den College Rymsza operirt hat. In diesem Falle hatte sich das grosse etwa 2 Kilo schwere Myom im Cervix entwickelt, der Uteruskörper sass der Geschwulst wie ein Fortsatz auf, derselbe war nicht vergrössert. Die Portio vaginalis war in diesem Falle vollständig verstrichen, der vordere Muttermundsaum war papierdünn, die hintere Lippe wurde von der Basis des kugeligen Tumors gebildet, dem die Vaginalschleimhaut direct aufsass. Auch in diesem Falle, der sich später bei der mikroskopischen Untersuchung als Uterussarcom erwies, konnte die Totalexstirpation in typischer Weise gemacht werden.

Ueber die Resultate, welche mit der Totalexstirpation erzielt wurden, wird nur Günstiges berichtet. Unsere kleine Reihe von 8 Fällen mag vielleicht noch wenig beweisen. Martin hat von 54 Fällen, die er vom Jahre 1890—93 operirte 9,5% verloren. Von 1893—95 hat Martin 79 Patientinnen operirt von denen er 6 verlor. 2 der gestorbenen Patientinnen fallen eigentlich fort, da sie der Methode nicht zur Last fallen. Die eine derselben starb an Lungenembolie am 18. Tage, die andere an Pneumonie am 9. Tage. Chrobak verlor von 29 Totalexstirpationen 2 Patientinnen. Der eine Todesfall ist ohne Zusammenhang mit der Operation (Darmperforation), der zweite (Unterbindung der Ureteren) ist ein Operationsfehler, welcher der Methode von Chrobak selbst nicht zur Last gelegt wird. Ferner hat Lennander eine Reihe von 16 Totalexstirpationen veröffentlicht mit 16 Heilungen. Schuchardt in Stettin verlor von 5 Totalexstirpationen nur eine. Er bezieht diesen Todesfall aber nicht auf die Methode, sondern auf lange Abkühlung der Därme in ungenügend erwärmtem Operationsraum. Endlich hat Delagénière von 20 Patienten, bei denen die abdominelle Totalexstirpation ausgeführt wurde, nur eine verloren und zwar unter den 10 ersten Operationen.

Die beiden von mir operirten Fälle sind folgende:

I. Fibromyoma uteri multiplex interstitiale et submucosum, Hämatosalpinx sinistra.

Die 42 Jahr alte verheirathete Pat. ist seit ihrem 17. Lebensjahr menstruirt. Die Periode war früher 3-wöchentlich, von 3-tägiger Dauer, nicht profus. Seit 3 Jahren leidet Patientin an heftigen Schmerzen im Leibe und

Kreuz während der Periode. Dieselbe ist sehr profus und dauert 5—7 Tage. Pat. verliert dabei sehr viel Blut. Seit dem vorigen Winter leidet Patientin an beständigen Blutungen mit nur geringen Unterbrechungen. Die letzte Blutung dauerte 4 Wochen und sistirte vor 1 Tage. Pat. hat 1 mal vor 9 Jahren geboren, seitdem ist sie nicht mehr schwanger geworden.

Status praesens. Pat. ist von guter Ernährung, anämisch, Puls 84 Temperatur 37,5. Brustorgane unverändert. Im Hypogastrium fühlt man einen derben Tumor durch die Bauchdecken, der in der Mittellinie gelegen — die fibromatös veränderte Gebärmutter. Ihre Grösse entspricht einer 5-monatlichen Gravidität. Per vaginam erweist es sich, dass die gleichmässig vergrösserte, hochstehende Gebärmutter derb ist mit leicht höckriger Oberfläche, anteflectirt. Die Scheidengewölbe sind frei, die Adnexa nicht durchzufühlen. Links ist das Ligam. latum ziemlich kurz, der Tumor reicht hier näher zur seitlichen Beckenwand heran. Im Fundus uteri fühlt man einen Geschwulstknoten durch

Operation in Aethernarkose. Circulärer Schnitt um die portio vaginalis; wegen der Kürze des linken Parametriums liess sich der Uterus fast garnicht vorziehen. Zurückschieben der Vaginalschleimhaut rings um den Cervix, und Ligirung mit nachfolgendem Durchschneiden beider Parametrien. Jetzt wurde die Blase vom Cervix abgeschoben, die Peritonealfalte aber nicht incidirt, weil dies wegen der grossen Tiefe bei unbeweglichem Uterus schwierig war und nur aufgehalten hätte. Der kurze Cervix geht ziemlich plötzlich in die bedeutend umfangreichere Geschwulst über, wodurch vorn das Aufsuchen der peritonealen Umschlagsstelle erschwert wurde. Hinten wurde die Peritonealhöhe eröffnet und das Peritoneum an die Vaginalwand mit 5 Nähten fixirt; schon jetzt erweist es sich, dass sich ein Abschnitt der Geschwulst linkerseits intraligamentär entwickelt hat. Nach Abschnüren des Cervicalkanals und Einführung eines Tampons ins hintere Scheidengewölbe Laparotomie. Schnitt von der Symphyse bis 2¹/₃ ctm. unterhalb des Nabels. Die Geschwulst liess sich wenig vorziehen. Links fand sich eine erweiterte Tube, welche mit der hinteren Wand des Lig. latum verwachsen war. Ligirung zuerst des breiteren rechten Ligamentes, wobei das Ovarium und die Tube zurückgelassen wurden

Hiernach Auslösung (stumpf) des linken Tubensackes aus seinen Verwachsungen, dabei platzte derselbe, und es ergoss sich altes braunschwarzes Blut etwa 75 Cubcm. Abbinden des oberen Abschnittes des linken Ligamentes und Eröffnung des Peritoneum vorne (Die Blase erwies sich als vollständig abgelöst). Zum Schluss beiderseits Abbinden der Basis des Ligamentum latum und der Ligamenta cardinalia in mehreren Portionen. Nachdem auf die sichtbaren Gefässlumina in den Stümpfen Ligaturen angelegt waren, musste noch wegen Blutung eine Matratzennaht durchs linksseitige parametrane Zellgewebe gelegt werden. Tamponade des Douglas nach Hinabziehen der Ligaturen in die Scheide.

Schluss der Bauchwunde durch 4 Entspannungsnähte die die ganzen Bauchdecken fassen, durch eine Etage aponeurotischer Nähte und oberflächliche Nähte. Ein zweiter Tampon in die Vagina.

Präparat. Der Uterus ist 2 faustgross. Der Umfang des Fundus ist 24 cm., die Länge 12 cm. davon kommen 2¹/₂ cm. auf den Cervix. Im Cavum uteri finden sich 2 submucöse Myome, das eine am Fundus uteri hinten, das andere rechts vorn in der Nähe der Kante von Pflaumengrösse. Mehrere subseröse Tumoren befinden sich in der hinteren Wand gleich über dem Collum. Zahlreiche verschieden grosse interstitielle Myome durchsetzen die Wand. Die ganze Gebärmutter hat sich mehr in's Lig. latum sin. entwickelt. Die Tube ist gewunden, der äussere Abschnitt wendet sich bogenförmig zurück zum inneren, mit dem er verwachsen ist. Das äussere erweiterte Ende der Tube ist 2 Querfinger dick, das innere bleistiftdick. Der Tubeninhalt besteht aus altem Blut. Mit der Tube wurde ein Theil des linken Ovarium mit entfernt der sich innerhalb der Verwachsungen fand.

Verlauf reactionslos, höchste Temperatur am 5. Tage 37,8. Verheilung der Bauchwunde per primam. Pat. wurde mit einigen Ligaturen entlassen, da dieselben noch fest im Granulationstrichter im Scheidengrunde sassen. Dieselben wurden nach 2 Wochen als Pat. sich völlig gesund vorstellte leicht entfernt.

II. Fibromyoma uteri multiplex interstitiale, subserosum, submucosum. Haematosalpinx dextra.

Die 46 Jahre alte, verheirathete Pat. ist seit ihrem 16 Lebensjahr menstruirt. Die Periode war anfangs 4-wöchentlich 1—2-tägig. Seit 2 Jahren leidet Pat. an sehr profusen Blutungen zur Zeit der Regel. Die Blutung hält 4—5 Tage lang ziemlich heftig an. Schmerzen hat Pat keine, nur fühlt sie sich stets nach der Menstruation schwach. Seit einem Monat traten Harnbeschwerden auf: häufiger Urindrang und schneidende Schmerzen beim Uriniren.

Pat. hat nur zwei mal geboren. Zum ersten Mal in ihrem 18. Lebensjahr, zum 2 Mal 2 Jahre später. Seitdem ist Pat. nicht schwanger geworden.

Seit vielen Jahren leidet Pat. an Anfällen, Krämpfen verbunden mit Verlust des Bewusstseins, die in ungleichen ziemlich langen Intervallen auftreten, am häufigsten während des Schlafes (Epilepsie?).

Status praesens. Pat. ist gut genährt, ziemlich anämisch hat vollständig graue Haare (seit dem 17. Lebensjahr). Puls 84, Temperatur 37,1. Brustorgane ohne Veränderungen. Im Unterleibe fühlt man in der Mittellinie einen derben Tumor, der der Lage nach dem Uterus entspricht. Die Kuppe des Tumors reicht bis über die Mitte zwischen Nabel und Symphyse. Per vaginam findet man die portio vaginalis hinten, dieselbe ist kurz und geht unmittelbar über dem Scheidengewölbe in einen voluminösen Tumor über. Derselbe ist hart, hat eine höckrige Oberfläche, ist von vorn nach hinten beweglich. Am Tumor sind mehrere grössere Höcker zu palpiren, einer derselben springt hinten etwas über dem Collum vor. Linkerseits ist die myomatöse Gebärmutter etwas in das Ligamentum latum hineingewachsen. Die Adnexa lassen sich nicht durchfühlen.

Operation in Aethernarcose nach üblicher Vorbereitung. Auslösung des Cervix von der Vagina aus. Ablösung der Blase vom Collum. Ligirung der Parametrien. Eröffnung des Peritoneum hinten und Vernähen mit der Vaginalwand. Nachdem der Cervicalcanal festgeschnürt worden war, wurde der Bauchschnitt gemacht. Die Peritonealhöhle wurde einwenig unter dem Nabel eröffnet, weiter unten war das Peritoneum parietale mit dem Netz verwachsen. Ablösung des Netzes zum Theil stumpf, zum Theil mit Hülfe von Unterbindungen. Weiter erwies sich, dass das Netz auch mit der Vorderfläche des Tumors rechts und unten flächenhaft verwachsen war, ebenso mit den rechtsseitigen Adnexen. Die Kuppe der Blase war gleichfalls ziemlich hoch auf dem Tumor adhärent, dieselbe wurde mit dem Messer abpräparirt, wobei ein mit seröser Flüssigkeit gefüllter Raum zwischen Blase und Tumor eröffnet wurde. Der Tumor wurde nun vorgezogen und vorn die Umschlagsstelle des Peritoneum mit der Scheere leicht eröffnet. Es erfolgte die Ligirung des linken Ligamentum latum mit seiner Basis (6 Portionen). Die Portio vaginalis wurde jetzt vorgezogen und der Tumor auch von dem rechtsseitigen Ligament an dem er hing abgebunden und abgetragen, nachdem vorher die allseitig verklebte erweiterte Tube stumpf

ausgelöst worden war. Links blieb das gesunde Ovarium zurück, rechts wurde es mit der Tube zusammen entfernt. Beendigung der Operation wie im ersten Falle; in den Douglas'schen Raum wurde ein Jodoformmarlytampon geschoben. Ueber den reactionslosen Verlauf nach der Operation braucht nichts berichtet zu werden. Zu erwähnen wären nur mehrere epileptische Anfälle, welche am zweiten Tage auftraten. Die Genesung nahm trotzdem einen ungestörten Verlauf.

Präparat. Der das ganze Corpus uteri einnehmende Tumor sitzt wie auf einem Stengel an dem Cervix. Letzterer ist daumendick 3½ cm. lang. Der Längsdurchmesser der Geschwulst beträgt 15 cm. Der Umfang 31 cm. Auf der höckrigen Oberfläche springen einige Tumoren vor. Rechts und hinten dicht über dem Collum springt ein gänseeigrosser Knoten vor, vorn ein flacherer hühnereigrosser. Kleinere subseröse Knoten sollen einzeln nicht beschrieben werden. Nach Eröffnung des Cavum uteri misst die Cervicalhöhle bis zum inneren Muttermund 4½ cm., die Gebärmutterkörperhöhle ist 5½ cm. lang. Ins Cavum springt eine über hühnereigrosse submucöse Geschwulst vor, die ihren Ursprung vom Fundus nimmt. Zahlreiche interstitiell sitzende Geschwülste durchsetzen die Uteruswand.

Die Tube ist geschlängelt mit rosenkranzartigen Einschnürungen versehen, allseitig geschlossen, erweitert sich etwa 2 cm. vom Uteruswinkel, um im äusseren Abschnitt einen Durchmesser von 2,5 cm. zu erreichen. Die Tube ist 10 cm. lang und enthält altes flüssiges Blut. Das Ovarium ist 45 cm. lang ohne deutliche Veränderung.

Literatur:

Schröder-Hofmeier, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane 1890. Hofmeier, Grundriss der gynäkol. Operationen 1892 und Centralbl. f. Gyn. 1893 № 48. Brennecke, Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 21 u. 28, Centralbl. f. Gyn. 1894 № 30 u. 42. Bardenheuer, Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle, Stuttgart 1881. Chrobak, Centralbl. f. Gyn. 1891 № 35 und 1894 № 2. Delagenière, Arch. prov. de chir. 1895 № 8, Centralbl. f. Gyn. 1895 № 41. Fritsch, Die Krankheiten der Frauen 1894. Lennander, Ueber abdominale Myomoperationen Upsala 1893. Leopold, Arch. f. Gyn. Bd. 43, Centralbl. f. Gyn. 1894 № 26. Martin, Pathol. und Therapie der Frauenkrankheiten 1893, Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. 20 und 33, Heft 1. (Prot. d. Berliner gyn. Gesellschaft) von Ott, Centralbl. f. Gyn. 1894 № 26. Rosthorn, Wiener klinische Wochenschr. 1893 № 41 u. 42. Schuchardt, Monatsschr. f. Gebh. u. Gynäk. Bd. 1. Heft 3. Zweifel, Vorlesungen über klinische Gynäkologie 1892, Centralbl. f. Gyn. 1891 № 35 u. 14.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga

Sitzung v. 3. Mai 1895.

1. Dr. F. Berg stellt einen jungen Mann vor, welcher nach einer Sublimatinjection wegen Lues eine Peroneuslähmung acquirirt hat. Ohne sich zum principiellen Gegner der Injectionstherapie aufzuwerfen, hält er die Inunctionscur doch für die rationellere Behandlung.

Dr. Miram fragt Vortragenden, ob er wie Prof. Reyher es namentlich beobachtet hat, nach den Injectionen auch Ohnmachtserscheinungen erlebt hat. Ferner, ob er die intravenöse Sublimatinjection angewandt hat.

Dr. Berg hat ein Mal eine tiefe Ohnmacht beobachtet, welche aber ohne Folgen bald vorüberging. Intravenöse Injectionen hat er nie gemacht.

Dr. Voss sieht in dem vorgestellten Falle einen unglücklichen Zufall, welcher sich bei jeder Behandlung einmal in dieser oder jener Weise geltend machen kann. Er halte es für falsch deswegen die Injectionstherapie zu verwerfen, was ja Dr. Berg auch nicht thue, da manche Pat. sich ihrer socialen Verhältnisse wegen nur einer solchen unterwerfen können, und andernfalls in die Hände von Homöopathen oder Kurpfuschern gerathen würden.

2. Dr. v. Erdberg stellt einen Pat. mit allgemeiner Verkleinerung des Bulbus vor.

3. Dr. P. Klemm reicht die Photographie eines Mannes herum, welcher mit einem Lipom behaftet ist, das seinen sehr ungewöhnlichen Sitz an der Rima ani hat.

4. Dr. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag über Kehlkopferkrankungen beim Typhus abd. — Erscheint demnächst im Druck.

Dr. P. Klemm hält es für misslich von einer Mischinfection zu sprechen, ehe eine solche durch sorgfaltig vorgenommene Culturen als thatsächlich bestehend erwiesen ist.

Dr. Bergengrün glaubt auch ohne directen culturellen Nachweis zur Annahme einer Mischinfection berechtigt zu sein bei Berücksichtigung des anatomisch differenten Characters der Geschwüre.

5. Dr. Mey hält seinen angekündigten Vortrag über «die Behandlung des acut. Brechdurchfalls kleiner Kinder». Vortragender hält den Magen bei fast allen Magendarmkrankheiten im Säuglingsalter für den Sitz des hauptsächlichen Infectionsheerdes, daher muss vor Allem gegen ihn das therapeutische Verfahren gerichtet werden. Die Magenspülung ist das beste Mittel zur Bekämpfung der acuten Erscheinungen, daher soll sie bei jeder heftigeren Magenaffection bei Säuglingen vorgenommen werden, weil die medicamentöse Behandlung unverlässlich ist. Trotz anhaltenden heftigen Erbrechens wird immer noch Mageninhalt durch die Spülung herausbefördert. Gewöhnlich nimmt Vortragender noch die Darmirrigation vor, die von Sokolow in Petersburg angegebenen, bei dieser Manipulation in Betracht kommenden Momente berücksichtigend. Nach den Erfahrungen des Vortragenden wird das Erbrechen nach einmaliger Spülung zum Stillstand gebracht, worauf eine Hungercur von 2—3 Tagen eingeleitet werden muss. In dieser Zeit empfiehlt sich die Darreichung des bekannten Eiereiweisswassers. Nur sehr allmählich soll zur Mutter- oder Kuhmilch übergegangen werden. Als Uebergangsnahrung empfiehlt sich sehr verdünntes Eichelcacaowasser. Die Nährmittel werden am besten direct aus dem Kochtopf mit einem sterilisirten Löffel dem Kinde zugeführt, wobei das Ueberfüllen der Nahrung nach dem Kochen in die mangelhaft sterilisirten Flaschen umgangen wird, welche als die hauptsächlichsten Infectionsquellen bezeichnet werden müssen. Die medicamentöse Behandlung findet wenig Anwendung. Als Excitans bewährt sich ein gut bereitetes Senfbad. (Autoreferat).

Dr. Bernsdorff hat auch Gelegenheit gehabt sich von der günstigen Wirkung der Magenspülungen zu überzeugen und sogar ein Mal ein sehr ausgebildetes Hydrocephaloid sich unter dieser Behandlung zurückbilden gesehen.

Dr. Wolferz giebt die theoretische Berechtigung der Magenspülungen zu und hat ebenfalls oft gute Resultate damit erzielt. Doch müsse man der Empirie auch ihr Recht einräumen, die ebenfalls gute Resultate mit der medicamentösen Therapie aufweist, namentlich nach Anwendung von Resorcin, Soltmannscher Mixt., Salol etc. Wichtig ist die Hebung des Allgemeinbefindens durch dem Alter der Pat. entsprechende kalte, resp. warme hydrotherapeutische Proceduren. Bei Collaps kleiner Kinder leisten Senfbäder gutes. Wo alle Mittel versagen wollen, da leistet oft noch Calomel gute Dienste.

Dr. O. Klemm betont die Nothwendigkeit die Magenspülung sofort im Beginn vorzunehmen, da sie dann oft überraschend günstig wirke — ist erst viel Zeit mit medicamentösen Eingriffen vergangen, leistet auch diese Therapie nichts mehr.

d. Z. Secretär Dr. Radecki.

Vermischtes.

— Angesichts der Schmähungen und Lügen, die in einem gewissen Theil der russischen Presse über die frühere Dorpater Universität immer wieder verbreitet werden, ist es besonders wohlthuend und erfreulich, dass sich Organe finden, denen das Gerechtigkeitsgefühl nicht abhanden gekommen ist und die den Muth haben, gegen den schmutzigen Strom zu schwimmen und ihrer von der Mode abweichenden Anschauung Ausdruck zu geben. Wir können es uns daher nicht versagen, folgende Auslassung des «Врачъ» (Nr. 40) in extenso wiederzugeben:

«Indem der Correspondent der «Новое Время» (29. Sptbr.) von den spärlichen Mitteln der Universität Jurjew spricht, erlaubt er sich, unter Anderem, eine positive Unwahrheit bezüglich der früheren medicinischen Facultät dieser Universität (wir sprechen nur von der medicinischen Facultät, deren Thätigkeit uns genau bekannt ist). Nach den Worten des Correspondenten waren angeblich die Schüler der früheren Universität weniger vorbereitet (подготовлены), als diejenigen, die den Cursus auf den rein russischen Universitäten beendet haben. «Dieses, fährt der Correspondent fort, hinderte übrigens die Universität Jurjew in der vorreformatorischen Zeit nicht, jährlich 60—70 Doctore der Medicin zu entlassen und eine nicht geringe Zahl anderer gelehrter Grade zu verleihen, um den Balten auch bei geringen Kenntnissen eine vortheilhafte dienstliche und gelehrte Carriere zu sichern.» Den Grad eines Doctors der Medicin in Dorpat zu erhalten, war durchaus nicht leichter als in andern russischen Universitäten. Die Dorpater medicinischen Doctordissertationen erfreuten sich im Auslande mit Recht allgemeiner Achtung. Und nicht die Dorpatenser waren daran Schuld, dass die Studenten der anderen russischen Universitäten von dem Recht, das Examen direct auf den Doctor der Medicin zu machen, das in früherer Zeit für Alle, die den Cursus beendet hatten, in gleicher Weise bestand, keinen Gebrauch machen konnten. Die Deutschen Professoren hielten sich nicht für berechtigt, dem Gesetz die Willkür einer einzelnen Person entgegenzustellen. In den anderen Universitäten und der Akademie dagegen genügte es, dass 1—2 Professoren es für nicht wünschenswerth hielten, dass die Studenten das Examen direct auf den Doctor machten, und das vom Gesetz gewährte Recht verwandelte sich in eine Fiction. Wenn die an Zahl der Professoren verhältnissmässig arme Jurjewsche medicinische Facultät vor der Reform so hoch in den Augen von ganz Europa stand und eine lange Reihe allbekannter (громкихъ) Namen aufweisen konnte, so kann man nur wünschen, dass auch die reformirte, schon russische, medicinische Facultät in Jurjew in der Folge ebensoviel berühmte Namen aufweisen könne. Wir sympathisiren warm mit der Umwandlung der Universität Jurjew in eine wirklich russische, bedauern aber zugleich, dass unser Ministerium der Volksaufklärung nicht dem Beispiel des deutschen gefolgt ist, welches bei der Umwandlung der Universität Strassburg in eine deutsche, dorthin die allerhervorragendsten Repräsentanten der deutschen Wissenschaft schickte und mit den Mitteln für Kliniken, Laboratorien etc. nicht geizte».

— Die Zeitschrift «Земскій Врачъ» ist eingegangen.

— In den ersten Cursus der medicinischen Facultät in Kasan ist ohne Reifezeugniss, auf besondere Verfügung des Ministeriums der Volksaufklärung der Candidat der Geistlichen Akademie Ssisemski, aufgenommen worden; S. hat den Cursus vor 4 Jahren beendet und dann zuerst als Djakon (Küster, Vorsänger) bei der Gesandtschaftskirche in Argentinien, dann auf dem Wolkowo-Friedhof in Petersburg gedient! (Врачъ — Волжскій Вѣстникъ).

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. October d. J. 6793 (155 mehr als in d. Vorw.), darunter 720 Typhus — (59 mehr), 795 Syphilis — (34 mehr), 127 Scharlach — (3 mehr), 49 Diphtherie — (5 mehr), 31 Masern — (2 wen.), und 14 Pockenkranke — (1 wen.) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Zülzer und Oberländer. Klinisches Handbuch der Harn- und Sexualorgane. Leipzig, C. W. Vogel 1894.

Mendelsohn. Aerztliche Kunst und medicin. Wissenschaft. II. Auflage. Wiesbaden, Bergmann 1894.

Bäuerlein. Meine Erfahrungen über Staar und Staaroperationen. Wiesbaden, Bergmann 1894.

Behla. Die Abstammungslehre. Kiel und Leipzig, Lipsius und Fischer 1894.

Penzoldt u. Stintzing. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Lief. 1 und 2. Jena, G. Fischer 1894.

Kast u. Rumpel. Pathologisch anatom. Tafeln. Liefg. IX.

Löbisch. Medicinisch-chirurg. Rundschau 9. 10.

Penzoldt u. Stintzing. Handbuch der spec. Therapie. Liefg. 3 u. 4. Jena, Fischer.

Eulenburg. Real-Encyclopädie. Bd. II. Liefg. 11—20. Urban und Schwarzenberg.

Wiener Klinik. Heft 1, 2, 3. 1894. Ibidem.

Magnan. Psychiatr. Vorlesungen. Heft 6. Leipzig, Thieme.

Nothnagel. Spec. Path. u. Therapie. I. Band, 2. Heft. Wien, Hölder 1894.

Weyl. Handbuch der Hygiene. Liefg. 5. Jena, Fischer.

Drasche. Bibliothek d. ges. med. Wissenschaft. Liefg. 28—33. Wien, Merlin.

Vehsemeyer. Die Behandlung der Leukämie Berlin, Karger.

Hertz. Abnormität der Lage d. Bauchorgane. Ibidem.

Glax. Aerztl. Mitth. aus Abazzia. Heft 2. Wien, Braumüller.

Klebs. Verhältniss d. männl. u. weibl. Geschlechts. Jena, Fischer.

Müllner. Ueber das Stethoskop. München Seitz u. Schauer.

Profanter. Tussis uterina. Wien, Safar.

Настюковъ. Къ вопросу объ этіологіи инфлуэнцы. Дисс.

Ивановъ. Альманахъ по отечественнымъ водамъ.

Бертенсонъ. О врачебной тайнѣ.

Hoorwey. Медиц. электротехника. Переводъ Самойлова. Риккеръ.

Очеркъ дѣятельности Елисаветинской клинич. больницы.

Schaumann. Zur Kenntniss der Botriocephalusanämie. Berlin, Hirschwald.

Der 22. schlesische Bädertag.

Langenbuch. Chirurg. d. Leber u. Gallenblase. Stuttgart, Enke.

Thoma. Lehrbuch d. pathol. Anatomie. Ibidem.

Terra. Repet. d. Zahnheilkunde. Ibidem.

Scheff. Extraction der Zähne. Wien, Hölder.

Ziehen. Psychiatrie. Berlin, Wreden.

Schnitzler. Atlas der Laryngologie. Heft 6. Wien, Braumüller.

Zülzer und Oberländer. Handbuch der Harn- und Sexualorgane. II. u. III. Abtheilung. Leipzig, Vogel.

Strümpell. Lehrbuch d. spec. Path. u. Therapie. 8. Auflage, Bd. I. Ibidem.

Steudel. Die perniciöse Malaria. Ibidem.

Félizet. Les Hernies inguinales de l'enfance. Paris, Masson.

Rüdinger. Cursus der topogr. Anatomie. III. Aufl. München, Lehmann 1894.

Lossen. Die Resectionen der Knochen u. Gelenke. Stuttgart, Enke.

Kobert. Arbeiten d. pharmak. Inst. zu Dorpat X. Ibidem.

Heim. Lehrbuch d. bakt. Untersuchungen. Ibidem.

Karewsky. Die chirurg. Krankheiten des Kindesalters. Ibidem.

Klebs. Die causale Behandlung d. Tuberculose. Hamburg, Voss 1894.

Steinbüchel. Ueber Gesichts- und Stirnlagen. Wien, Hölder 1894.

Wagner. Schemata der Motilitätsneurosen d. Kehlkopfes. Leipzig, Langkammer 1893.

Hauser. Grundriss der Kinderheilkunde. Berlin, Fischer 1894.

Stöhr. Lehrbuch d. Histologie. Jena, Fischer.

Weyl. Handbuch der Hygiene. Liefg. 6—9. Ibidem.

Behring. Bekämpfung der Infectionskrankh. Leipzig, Thieme.

Joseph. Lehrbuch d. Haut- und Geschlechtskrankh. II. Theil.

Fritsch. Krankheiten der Frauen. Berlin, Wreden.

Schmidt-Rimpler. Augenheilkunde 6. Aufl. Ibidem.

Sommer. Diagnostik der Geisteskrankh. Wien, Urban u. Schwarzenberg.

Englisch. Taschen und Zellen der Harnblase. Wiener Klinik 4. Ibidem.

Löbisch. Med.-chir. Rundschau. 11. Heft. Ibidem.

Fürst. Hygiene der Menstruation. Leipzig, Langkammer.

Bresgen. Der Kopfschmerz bei Nasen- u. Rachenleiden. Ibidem.

Goldschmidt. Tuberculose u. Lungenschwindsucht. Leipzig, Konegen.

Bucek. Die Cholera. München Lehmann 1894.

Schmitz. Mässigkeit oder Enthaltsamkeit? Bonn, Hanstein 1894.

Leyden. Ueber die patholog. Anatomie der Tabes dorsalis. Berlin, Hirschwald.

Гартвигъ. Клѣтки и ткани. Перев. Бородинъ. и Холодковскій. С.-Петербургъ, Риккеръ 1894.

Эсмархъ и Ковальцигъ. Перев. Максимова. С.-Петербургъ.

Schnitzler. Klin. Atlas der Laryngol. VI. Liefg. Wien, Braumüller 1894.

Ohlmüller. Die Untersuchung des Wassers. Berlin, Springer 1894.

Encyklopädie der Photographie. Heft 7. Halle, Knapp 1894.

Klinische Zeit- und Streitfragen. VIII. Band. 1. u. 2. Heft. Wien, Hölder 1894.

Durst. Arzeneidosenlehre. München, Seitz und Schauer 1894.

Hoffa. Lehrbuch der orthopäd. Chirurgie. II. Auflage. Stuttgart, Enke 1894.

Frölich. Die Brustmessung. Leipzig, Langkammer 1893.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis 7. October 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
275	198	473	95	26	70	10	6	16	52	50	35	37	36	25	13	2,

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 5, Masern 6, Scharlach 23, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 18, Erysipelas 0, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 63, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 37, Todtgeborene 19.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 17. October 1895.

Tagesordnung: Dr. Wanach: Ueber multiple Darmfisteln.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. October 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин д. 11, кв. 9.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Amalie Born, Большая Подъяческая. д. 9, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Дозв. ценз. Спб. 14 Октября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, 21. (2. November) October 1895

Inhalt: Dr. med. Arth. Schabert: Die Behandlung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane. — Referate: A. Cabot: The treatment of enlarged Prostate. — F. Watson: The operative Treatment of prostatic Hypertrophy. — Thayer: Castration for hypertrophy of the prostate. — Bücheranzeigen und Besprechungen: 1) Georg Dragendorff, die gerichtlich-chemische Ermittlung von Giften in Nahrungsmitteln, Luftgemischen, Speiseresten, Körpertheilen etc. — 2) Bericht über die Thätigkeit im pharmaceutischen Institute der Kaiserl. Univ. Dorpat in der Zeit vom 1. Mai 1885 — 9. Dec. 1894 erstattet von G. Dragendorff. — Max Verworn: Allgemeine Physiologie. Ein Grundriss der Lehre vom Leben. — E. de Renzi (Neapel): Pathogenese, Symptomatologie und Behandlung der Lungenschwindsucht. — Prof. E. v. Düring: Klinische Mittheilungen über Syphilis. — Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga. — Zuschrift an die Redaction. — Vermischtes. — An die Redaction eingesandte Bücher. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane.

Von

Dr. med. Arth. Schabert.

Vortrag, gehalten auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden.

M. H.! Die Frage nach der Bedeutung der Congestion der Harnorgane ist vom wissenschaftlichen Standpunkte bisher noch wenig in Angriff genommen worden. Was darüber bekannt ist, entstammt der Praxis, der Beobachtung am Krankenbett. Diese nun lehrt uns, dass die Congestion eine bedeutungsvolle Rolle in der Pathogenese gewisser Harnkrankheiten spielt, die Complicationen und den Verlauf beeinflusst und hinsichtlich der Therapie, hinsichtlich der Hygiene und Prophylaxe die eingehendste Würdigung fordert.

In diesem bezeichneten Umfange will ich versuchen den Gegenstand dieses Vortrages darzustellen:

Ich begebe mich sogleich in medias res und beginne meine Betrachtungen mit der Gonorrhoe, denjenigen Punkt herausgreifend, der mit der Congstion in innigem Zusammenhange zu stehen scheint. Das Ziel der Behandlung ist bekanntlich den Entzündungsprocess auf die Urethra ant. zu localisiren. Mit dem Ueberschreiten des Compressor wird sie eine unheilvolle Krankheit mit unberechenbaren Folgen. Es giebt mehrere Methoden der Behandlung, von denen einige sich principiell bekämpfen. In Wien bekämpft man einen Neisser. Die Zahl der Medicamente ist Legion.

Wo ist der rothe Faden einer rationellen Therapie? Ich sehe ihn einzig und allein in der Vermeidung jedweder Congestion. So lange wir ein specifisches Gonococcen tödtendes Mittel nicht besitzen, ist unsere Therapie eine symptomatische und hygienische. Diese aber soll in jedem Fall eine unschädliche sein. Worin besteht nun der Schaden, den jede der bekannten und noch nicht bekannten Methoden in sich schliessen kann?

Hier muss ich die folgenden Bemerkungen einschalten. Es wird heutzutage noch vielfach gelehrt, dass die unvorsichtigen Einspritzungen und die unzweckmässigen Tripperspritzen die Complication der Urethritis poster. besorgen, indem der Compressor überwunden und die hintere Urethra inficirt wird. Dieser Auffassung, als einer wesentlichen und die Complication der Urethritis posterior erklärenden, muss ich stricte entgegentreten. Die Ursachen der Weiterverbreitung sind, wie das tausendfältige Beobachtungen lehren, nicht zufällige und äusserliche, sondern causale und innere. Wie ein Erysipel und eine Phlegmone sich weiter im Gewebe durch den Blut- und Lymphtransport verbreitet, so gerade thut es auch die Gonorrhoe. Erste Bedingung, diese Weiterverbreitung hintanzuhalten, ist also die Vermeidung jeden Reizes; jedem Reiz folgt eine Reaction, eine vermehrte Saftströmung, Congestion; kein Organ des menschlichen Körpers ist nun schon von Natur aus, anatomisch und physiologisch, so sehr zu Congestionen disponirt, wie das Membrum und seine einzelnen Theile.

Das Princip einer rationellen Behandlung der ac. Gonorrhoe ist also ein hygienisches, anticongestives: es gipfelt in der Verordnung einer reizlosen Diät — um die Congestion der Unterleibsorgane zu vermindern, den allermildesten Injectionen, energischer prophylactischer Bekämpfung von Erectionen und Sorge für Stuhl. Die nicht die mindeste Garantie gewährleistende Abortivbehandlung wäre ihres unberechenbaren Risicos wegen von jedem zu verwerfen, der in der Medicin nicht Hazard spielt, während die Bettbehandlung der acuten Gonorrhoe das grosse Opfer der Entsagungen und der häufig beschämenden Krankheitsdeclaration nicht entschädigt durch den Erfolg, der m. E. aus dem einfachen Grunde ausbleibt, weil das Bettliegen gleichfalls die Unterleibs-, speciell die Blasencongestion befördert, wie wir noch an anderer Stelle ausführen wollen.

Von dem grössten wissenschaftlichen und praktischen Interesse ist die Frage des Verhältnisses der Congestion einerseits, der Bacterieninvasion andererseits zur Patho-

genese der Cystitis resp. Pyurie, der ich mich jetzt zuwende. Rovsing hat den experimentellen Beweis geliefert, dass bei Thieren in die Blase gebrachte Bacterienaufschwemmungen erst dann Cystitis erzeugten, wenn er durch Unterbindung der Urethra die Organe in einen congestiven Zustand versetzt hatte, doch das ist nur ein Experiment.

Welch eine Rolle den Bacterien ganz im Allgemeinen bei der Entstehung der Cystitis zukommt, das ist m. E. noch eine offene Frage; noch ganz unentschieden ist die Art und Weise ihres Hineingelangens in die Harn abführenden Wege, obwohl darüber von Posner und Lewin bereits die ersten experimentellen Studien gemacht worden sind. Das Experiment wird auch hier nur die Bestätigung längst gemachter Beobachtungen liefern und diese führen uns unabweislich zur Annahme, dass die Bacterien aus dem Körper selbst, vielleicht hauptsächlich aus dem Darmcanal in die Harnwege gerathen. Untersuchen wir die Pathogenese der verschiedenartigen Cystitisformen, so wird sich finden, dass die Kette der Ereignisse, welche schliesslich zur Pyurie führt, aus sehr verschiedenen Gliedern sich zusammensetzt, dass aber eines dieser Glieder immer wieder die Congestion ist, ohne welche die Kette auseinanderfällt. Selbst bei den beiden Cystitisformen, die wir mit specif. Erregern in näheren Zusammenhang bringen, der blenorrhoischen und tuberculösen, spielt die Congestion bereits eine wesentliche Rolle, obwohl es auf den ersten Blick anders erscheinen mag. Sehr instructiv gestaltet sich dieselbe bei der tuberculösen Cystitis. Es muss hierbei streng unterschieden werden zwischen Blasentuberculose und tuberculösem Blasencatarrh. Nur für die Tuberculose ist ein specifischer Erreger die Ursache, nicht für den Catarrh. Die Etablirung von Tuberkelknötchen führt zu einem heftigen Congestionszustande des Organes, der sich in einem häufigen Urinbedürfniss vom Charakter der Dysurie äussert und zu parenchymatösen Blutungen führt. Das sind die beiden ersten Zeichen der Tuberculose. Der chronische Congestionszustand führt dann schliesslich zum Catarrh, welcher nichts specifisches mehr hat. Dieses Verhältniss der Congestion zu den klinischen Erscheinungen hat nun ein bedeutend praktisches Interesse. Bei keiner Form der Cystitis lässt sich der Einfluss derselben so genau und eclatant verfolgen, wie gerade hier. Alles, was irgend nur zur Congestion der Unterleibsorgane führen kann, veranlasst hier sofort Störungen, die von den Patienten ängstlich und instinctiv gemieden werden. Intelligente Kranke sind dann die besten Lehrmeister unserer Erfahrungen. Der geringste Excess im Essen und Trinken, die geringfügigste Erkältung der Füsse oder des Unterleibes veranlassen sofort eine Steigerung der Symptome. Ein localer Eingriff zum Zweck der Diagnose oder Behandlung rächt sich gewöhnlich schwer an dem Befinden des Kranken. Die letzteren sind daher, wo nur der Verdacht auf Tub. besteht, sorgfältig zu vermeiden. Wer hier einen local therapeutischen Eingriff wagt, muss schon sehr Bescheid wissen in den Erfolgen desselben. Als allgemeine Regel bei der Behandlung der Blasentuberculose hat daher die völlige Enthaltsamkeit des Arztes von localtherapeutischem Eingriff zu gelten. Die Methode ist hier ein roborirendes Verfahren, eine symptomatische medicamentöse Therapie, alles aber in Rücksicht auf die Congestion, die um jeden Preis vermieden werden resp. gemildert werden muss.

Auch bei der Cystitis der Stricturkranken, beim Calculus und der Prostatahypertrophie bildet die Congestion das herüberleitende Glied in der Pathogenese der Cystitis.

Beim Calculus ist es der Fremdkörperreiz, bei der Strictur die erhöhten Anstrengungen der Blase und bei der P. H. die Sclerose des Gefässsystems, welche die Congestion hervorruft resp. begünstigt. Ich übergehe sie, weil die Congestion als solche, kein praktisches Interesse hat.

Hingegen bedürfen noch 2 Cystitisformen näherer Erwähnung: die Cystitis der Frauen und die Cystitis nach Harnverhaltung. Die Cystitis der Frauen steht in einer grossen Zahl der Fälle im Zusammenhang mit einem uterinen Leiden. Congestionen während der Menstruation und Gravidität, Circulationsstörungen im Allgemeinen im Verlauf der chron. gynäkol. Leiden bilden die Basis der Entstehung. Die Therapie der Frauencystitis besteht daher causal in der Therapie des uterinen Leidens. Gerade die eigenthümlichen Umstände, unter denen hier der Zusammenhang der Ereignisse erscheint, versprechen in Zukunft manche Aufklärung zu geben. Hauptsächlich in Bezug auf das Verhältniss von Congestion und Bacterienansiedelung. Eine kerngesunde Frau kam zu mir mit Dysurie. Sie menstruirte gerade, erkältete sich in diesem Zustande und es folgte Suppressio mensium. Ich katheterisirte sie und untersuchte den Harn sofort. Es wimmelte förmlich im Harn von grossen Kugelcoccen, der nebenbei eine geringe Zahl von Leucocyten aufwies. Nach einigen Tagen ist der Harn mit Aufhören der menstruellen Störung völlig normal. Die Congestion der Blase und die Einschwemmung von Bacterien erscheinen in diesem Falle in innigem Zusammenhange. Ein weiteres Beispiel dieses Zusammenhanges werde ich später unten anführen. Schwere Formen der Cystitis sehen wir bei uterinen Leiden sich entwickeln unter dem Einfluss der Chronicität der pathol. Circulation. Eine Cystitis mit Haematurie gab Herrn Dr. v. Knorre im Frühling dieses Jahres Veranlassung mir eine Patientin zur cystoscop. Untersuchung zuzuführen — da bei der bestehenden Sachlage ein Verdacht auf Neubildung gerechtfertigt war. Letztere Annahme bestätigte sich nun nicht — dagegen fanden wir die Schleimhaut der Blase im ganzen Umfange auf's Höchste congestionirt, feuer- und kupferroth und aus allen Ecken und Enden leicht blutend. Die Ursache war eine Retroflexio uteri, wenn ich nicht irre, fixata. Es ist klar, dass die Therapie dieser Frauencystitis aus der Thatsache dieser Congestion die allerwesentlichsten Vortheile ziehen muss und dass eine rationelle Therapie auch hier anticongestive Maassnahmen, welcher Art auch immer ergreifen wird, statt blind darauf loszuspülen, was nie zum Ziele führen kann.

Die Cystitis nach Harnverhaltung hat gleichfalls ein wichtiges praktisches Interesse. Welche Ursache der Harnverhaltung auch zu Grunde liegen sollte, immer sei man dessen eingedenk, dass die harnverhaltende Blase sich im Zustande der Congestion befindet, die sich meist bis in die Nieren fortpflanzt. Hier ist nicht nur die Blase, sondern auch die Niere gefährdet und kommt es zur Pyurie, so beruht diese nicht nur auf Cystitis, sondern auf Cystopyelitis und Pyelonephritis. Zu einem solchen Zustande gerufen, kann der Arzt — zumal unter dem Druck landischer Verhältnisse einen Kunstfehler begehen, der dem Patienten über kurz oder lang das Leben kostet, nämlich dann, wenn er die Blase in einem Zuge per Catheter entleert. Nach einem solchen Eingriff tritt zu der durch die Harnverhaltung bedingten Congestion eine Steigerung hinzu, die wir als eine Fluxion a tergo bezeichnen können. Hier besteht offenbar dasselbe Verhältniss wie bei der Entleerung grosser Höhlen-Transsudate. Der plötzlich entweichende Druck bringt eine völlige Erschlaffung der Gefässwände herbei, mächtig strömt das Blut zu den entlasteten Gebieten. Wie dieser Zustand nun in der Folge vertragen

wird, hängt einzig und allein von der **vitalen Energie der Organe** ab; je älter, je marastischer das Individuum, desto schlechter befindet sich dasselbe. Gewöhnlich am 3—4 Tage tritt eine Cystitis hinzu, der Harn enthält eine Unzahl Bacterien, ist hell, vom Charakter des pyelitischen Harnes, und indem sich Abgeschlagenheit, stark belegte Zunge, Aufstossen, leichtes Fieber hinzu gesellen, bildet sich ein toxischer Zustand aus, dem der Kranke über kurz oder lang erliegt.

Unter den veranlassenden Momenten, welche die Congestion zu den Harnorganen bedingen, habe ich bisher noch eines nicht erwähnt, nämlich die **Rückenlage und den Schlaf.** Im März 1895 lag auf der I. Abtheilung des Rig. Stadtkrankenhauses ein noch jugendlicher Mann mit Polyurie unbekannter Provenienz. Seine Harnmenge in 24 Stunden betrug 5000. Durch eine 4-tägige Selbstbeobachtung stellte ich fest, dass das Verhältniss von Tag- zu Nachturin bei einem Gesunden etwa 4:1 ist: 1000 am Tage 250 in der Nacht. Nun liess ich den Tag- und den Nachturin des Kranken getrennt auffangen; sein Tagesurin betrug im Durchschnitt 1000, sein Nachturin 4000, das Verhältniss war also ein umgekehrtes, d. h. in Bezug auf das Verhältniss beim Gesunden betrug sein Nachturin das 16-fache. Der Nachturin war auch bedeutend trüber. Diese Trübung beruhte nicht etwa auf Leucocyten, die sich überhaupt nur sehr spärlich im Urin fanden, sondern auf **einer massenhaften Bacterieneinschwemmung.** Was anders konnte der Grund dieser Thatsache sein, der Polyuria und Bacteriuria nocturna, als die veränderte Circulation in der Niere während des Schlafes, deren Ausdruck wir einzig in der Congestion suchen können, hervorgerufen durch eine Innervationsherabsetzung der Vasomotoren unter dem Einfluss des Schlafes. Bei der im Laufe der Prostatahypertrophie eintretenden nächtlichen Polyurie ist es wiederum mehr die Rückenlage, welche dieselbe veranlasst, wie wir noch weiter sehen werden.

Das Gebiet des grossen Sammelbegriffes «Cystitis» verlassend wenden wir uns nur in Kürze den **Stricturen** zu. Das callöse Gewebe der Strictur ist ein gefässreiches schwellungsfähiges Stratum, ähnlich der hypertroph. Schleimhaut der Nase. Reize aller Art, welche zu Congestionen Veranlassung geben; Excesse, Erkältung, Erectionen, Schlaf, locale Eingriffe, beeinflussen dasselbe. Nur unter dieser Voraussetzung sind uns die wechselvollen Zustände der Stricturkranken erklärlich, unter denen sie zu leiden haben, das bald leichte, bald erschwerte Uriniren, die Blutungen, die ephemeren Harnverhaltungen von bald kurzer, bald längerer Dauer, die bösen Zufälle gerade im Beginn vorgenommener Bougicur.

Bei **Geschwülsten** der Blase und Nieren verursachen die Congestionen die Blutungen, welche als Haematurie eine so ominöse diagnostische Bedeutung haben. Man nahm früher an, dass die Geschwulstblutungen durch Ulceration der Tumoren entstehen. Das ist nun keineswegs der Fall, wie das erstens Autopsien schon früher, nach der Einführung der cystoscopischen Methode die directe Beobachtung am Lebenden tausendfach gelehrt haben. Die Blutungen entstehen unter dem Einflusse der Congestion per rhexin aus den zarten, nur mit einer dünnen Endothelschicht bekleideten Gefässen der Papillome, aus den brüchigen nur mangelhaften Gefässanlagen der malignen Geschwülste. Auch Haematurie anderer Art, bei Strictur, Prostatahypertrophie, Calculus, Tuberculose, Pyelitis, sehen wir unter dem Einfluss aller der Momente auftreten, welche zu Congestionen führen. Unter meinen Beobachtungen findet sich auch ein Fall, wo gar keine anatom. Basis vorhanden war, der Kranke nie an der Blase gelitten, auch heute noch frei von jeder pathol. Aenderung ist, der nach einer langen Fahrt auf holperigen Landwegen an Haematurie erkrankte und nach wenigen Tagen der Ruhe sie wieder verlor. Darüber sind Jahre vergangen und nichts deutet darauf hin, dass ein ocultes Leiden vorliegt. Hier kann einzig und allein die Congestion als Erklärung herangezogen werden.

Aber nicht nur die Hämaturie, auch die **Hämoglobinurie** sehen wir nach einer Congestion auftreten, gewöhnlich im Anschluss an eine starke Abkühlung — eine wohl allgemein bekannte Thatsache. Auch die **Albuminurie** als Symptom verschiedener Erkrankungen lässt sich mit der Congestion zu den Nieren in den engsten Zusammenhang bringen. Seit dem Bekanntwerden feiner Reactionen auf Albumin hat das Studium dieser Frage grosse Fortschritte gemacht. Wir wissen jetzt, dass schon geringe Mengen Alcohol, welcher doch Unterleibscongestionen macht, geistige Arbeit und psychische Einwirkung, sowie das kalte Bad, welche alle auf dem Wege sympathischer oder sensibler Nerven, auf die Vasomotoren der Peripherie wirken, in den meisten Fällen, auch bei den Gesundesten, Albuminspuren im Harn auftreten lassen.

Bekannt ist der wohlthätige Einfluss der Wärme und der nachtheilige der Kälte auf alle Nephritiker. Warme Kleidung, warme Fussbekleidung, warmes Klima, warme Bäder bilden die wahre hygien. Behandlung. Auch die bekannte blande Diät der Nephritiker ist nicht nur eine empirische, sondern in Rücksicht auf ihren anticongestiven Einfluss eine durchaus rationelle und wissenschaftliche. Sehr lehrreich ist mir eine meiner Beobachtungen, die ein junges Mädchen mit Albuminurie nach Scharlach betrifft. Sie wird seit Jahren von mir beobachtet und die Mutter derselben hat wohl einige tausend Urinuntersuchungen ausgeführt. Alle Zustände des psych. und somat. Befindens, der Diät und der Witterung habe ich im Laufe der Jahre in Rücksicht auf die Album. verfolgen können und **sie stets abhängig gefunden von der Congestion** und den sie veranlassenden Momenten.

M. H.! Es ist praktisch unmöglich in einem kurzen Vortrage den Einfluss der Congestion in der Pathologie der Harnorgane systematisch darzustellen, ich bitte es mir daher nicht als Systemlosigkeit auszulegen, wenn ich in diesen Aphorismen von einzelnen Symptomen, wie Hämaturie und Albuminurie mich zum Schluss einer speciellen Krankheit der **Prostatahypertrophie** zuwende. Die Lehre von der Prostatahypertrophie ist meines Erachtens das revisionsbedürftigste Capitel in der Pathologie der Harnorgane. Es ist unmöglich sich in Details einzulassen, ehe man sich in den Grundlagen geeinigt hat. Meine persönliche Ansicht ist die, dass die deutsche mechan. Erklärung fallen wird zu Gunsten der von der französ. Schule inaugurirten functionellen Theorie. Diese sieht in einem Darniederliegen der vitalen Energie des ganzen Systems die Grundlage dessen, was man früher dem Einfluss der Prostatahypertrophie allein zuschrieb. Die Symptome der P. H. im Anfange sind: Das vermehrte nächtliche Urinbedürfniss, das Warten auf den Strahl, oder Dysurie, eine anfangs nur nächtliche, später eine allgemeine Polyurie. Im II. Stad. ist es die Retention und die allmähliche Ausbildung des Catarrhes, welche das Symptomenbild beherrschen.

Zahlreich sind die Complicationen, welche sich von einem Ende des ganzen Systems bis zum anderen einstellen können. **Das Verhältniss der Congestion zur Ausbildung dieser Symptomenreihe ist nun ein sehr inniges.** Die Congestion bildet den physiologischen Zustand bei der Prostatahypertrophie, sagt **Guyon**. Sie ist die Ursache der Störungen beim Uriniren während der ersten Periode der Krankheit — des vermehrten nächtlichen Urinbedürfnisses und der wiederkehrenden, in ihrer Bedeutung missdeuteten Erectionen, der Ausbil-

dung der Retention bei der zweiten; sie bereitet den Boden für die Cystitis und Nephritis vor, äussert sich direct als Haematurie und führt im Verlaufe der Krankheit plötzliche Exacerbationen und Complicationen herbei. Die Hauptaufgabe der Therapie wird es daher sein, alle Ursachen, welche die Entstehung von Congestionszuständen zu begünstigen oder zu veranlassen vermögen, fernzuhalten und zu bekämpfen. Diesen Ausführungen steht die ältere deutsche Schule noch ablehnend gegenüber, aber die jüngere, den neuen Anschauungen zugänglichere, hat sie schon acceptirt. Die Empirie schickt sich auch hier wiederum an, den Resultaten der Doctrin vorauszueilen, und ob auch die Theorie Guyon's in der deutschen Hochschule noch nicht anerkannt wird, so wird doch auf den chirurgischen Stationen schon die Castration, die Unterbindung der Iliaca und des Vas deferens ausgeführt zur Behandlung der prostat. Leiden und damit das Ziel der Behandlung chirurgisch verfolgt, welches Guyon von der Hygiene und internen Medicin zu verfolgen fordert, alle Ursachen fernzuhalten und zu bekämpfen, welche die Entstehung von Congestionszuständen zu begünstigen oder zu veranlassen vermögen.

M. H.! Ich habe mich bemüht einige Streiflichter auf die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane zu werfen. Ich hoffe, dass das Angeführte genügen wird, zu zeigen, wie gross ihr Antheil an der an Ereignissen so reichen Pathologie der Harnorgane ist. Es ist unmöglich, die letztere zu begreifen, es ist ebenso unmöglich, eine rationelle Therapie, sei sie eine interne oder eine chirurgische, zu betreiben, ohne diesen Antheil der Congestion in den richtigen Anschlag gebracht zu haben.

7. Sept. 1895.

Referate.

A. Cabot: The treatment of enlarged Prostate. Boston med. and surg. Journ. 1895. Aug. 15, pag. 149.

F. Watson: The operative Treatment of prostatic Hypertrophy. Ibidem pg. 154.

Thayer: Castration for hypertrophy of the prostate. Ibidem pg. 182.

1) Nicht allein die Grösse der Prostata ist Ursache des Hindernisses beim Uriniren. Am wichtigsten ist selbst eine geringe Vergrösserung des dritten (Mittel) Lappens, der zwischen Blase und den ductus ejaculatorii liegt. Hypertrophie der Muscularis, Dilatation, Divertikelbildung, Dilatation der Ureteren und der Nierenbecken etc. interstitielle Nephritis, Prostatitis, Cystitis, Pyelitis, Pyelonephritis sind die Folgen.

Der Hypertrophie geht ein Stadium von Stauungshyperämie voraus. Die sitzende Lebensweise ist aufzugeben, anzuempfehlen viel Bewegung, Reiten, warme Bekleidung, Diät. Cathetergebrauch contraindicirt wenn kein Residualurin. — Catheterisation oft nöthig bei plötzlicher Urinretention, die acute Schwellung der Prostata bedingt. Ruhe in horizontaler Lage unumgänglich. Nélaton, Mercier, engl. elast. Catheter, silberne Catheter.

Ist die Urinsecretion sehr stark, von niedrigem specifischem Gewicht, so ist der Verdacht auf interstitielle Nephritis berechtigt. Trockne Zunge, Appetitmangel, Ueblichkeit besorgnisserregend.

Hier ist der Catheter nöthig aber gefährlich, namentlich wenn der Urin plötzlich entleert wird. Zuerst ist der Catheter einmal täglich zu brauchen, die Blase ist nicht vollständig zu entleeren. Allmählich kann der Catheter 2—3 mal täglich gebraucht werden. Hier könnte die Aspiration in Frage kommen; was mehrere Tage hindurch gemacht werden kann. Bei Cystitis wird die Blase mit Borsäure ausgespült. Bei continuirlichen Tenesmen der Blase, Verweilcatheter, viel Wasser trinken.

Castration zuerst empfohlen von White 1893 auf Grund von Thierexperimenten. In 111 Fällen bei Menschen 20 Todesfälle, Mortalität: 18%, 13 starben unabhängig von der Operation, so dass die Mortalität 7% beträgt. 2 mal ist Irresein nach der Operation constatirt worden. C. referirt einen eigenen Fall, wo die Injection von Testiculin Besserung gab.

2) Unterscheidet palliative und Radicaloperationen. Erstere ist Drainirung der Blase durch das Perineum oder supra pubem. Punction der Blase und Einführen einer Canüle hält W. für gefährlich, er zieht die Cystotomie vor. Die perineale Operation ist leichter auszuführen, oft aber verträgt die Urethra den Catheter nicht. Die Sectio alta kann durch Contraction der Blase sehr erschwert werden. 1) Perineale Prostatomie. 2) Perineale Prostatectomie. 3) Dittels Operation. 4) Tunnelirung der Prostata. 5) Zuckerkandl's Operation für Exstirpation der Prostata. Einfache Discision des Mittellappens der Prostata, Excision von V-förmigen Theilen oder Entfernung von Tumoren mit Galvanocaustik. Küster schnitt nach dem Rathe von Dittel, keilförmige Stücke aus dem vorderen Theil der Seitenlappen nachdem er die Prostata durch einen Schnitt blosgelegt, der vom coccyx um den sphincter ani bis zur Mitte des Dammes ging. Resultate unbefriedigend. N4. ist schon aufgegeben (Harrison). N5 noch nicht ausgeführt worden. Bei der Prostatectomia suprapubica zieht W. den Querschnitt über die Symphyse vor in der Trendelenburg'schen Lage. So werden die Theile entfernt, die in die Blase hineinragen, besondere Aufmerksamkeit verdient der Mittellappen.

Combinirte Methode. Perineale Incision plus sectio alta. Die mucosa und die Capsel der Drüse werden incidirt an den Stellen, die in die Blase hineinragen, der Finger der linken Hand drängt die Prostata von unten, während die Ausschälung von einem oder beiden Seitenlappen mit dem Zeigefinger oder Elevatorium ausgeführt wird. Manchmal ist der scharfe Löffel nöthig. Blutung oft profus. Tampon von Cabot (siehe Original).

3) Normal ist ein Mittellappen nicht vorhanden und blos ein Isthmus, der die beiden Seitenlappen vereinigt. Jeder 4. Mann nach 55 leidet an Hypertrophie der Prostata, Jeder 8 leidet an irgend einer geringen Behinderung beim Uriniren, und jeder 11 bedarf einer entsprechenden Behandlung.

19 jähriger Mann, immer mässig, thätig, gesund. Von 1887 häufiger Urindrang, 1892 Retentio urinae. 3 Jahrelang Cathetergebrauch. Erectionen vorhanden, auch sexuelles Bedürfniss. Verschlimmerung des Zustandes. Morphinismus. Operation 12. Mai 1895. Entfernung der Testikel durch eine mediane Incision. Nach 7 Tagen Besserung, Prostata weniger empfindlich und etwas weicher. Nach 22 Tagen ist die Verkleinerung auffallend. Den Catheter muss P aber brauchen wie vorher. Zu viel darf man von der Operation nicht erwarten, was die Befreiung vom Catheter anbetrifft, da solches von dem Tonus der Blase abhängig ist und willkürliche Harnentleerung kann nicht erwartet werden, wo ausgesprochene Atonie vorhanden.

Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

1) Georg Dragendorff, die gerichtlich-chemische Ermittlung von Giften in Nahrungsmitteln, Luftgemischen, Speiseresten, Körpertheilen etc. Vierte, völlig umgearbeitete Auflage. Mit in den Text gedruckten Holzschnitten und einer Tafel der Blutspectra. Göttingen 1895, Vandenhoeh & Ruprecht 532 pp.

2) Bericht über die Thätigkeit im pharmaceutischen Institute der Kaiserl. Univ. Dorpat in der Zeit vom 1. Mai 1885 — 9. Dec. 1894, erstattet von G. Dragendorff. Sonderabdruck aus Pharmac. Zeitschr. f. Russland Jg. 1895

Beide oben genannten Schriften interessiren die Leser der St. Pet. Med. Wochschr. dadurch ganz speciell, dass es Gaben sind, welche ein hochangesehener Gelehrter von internationaler Bedeutung kurz nach seinem Scheiden von Dorpat seinen Collegen, Schülern und Freunden darbringt. Bekanntlich existirt die Dragendorff'sche «Ermittlung von Giften» auch in englischer und französischer Sprache und dient fast in der ganzen gebildeten Welt als Grundlage bei gerichtlich-chemischen Untersuchungen über Gifte. Prof. Dragendorff hat sich durch dieselbe ein Monumentum aere perennius gesetzt. An dem hochragenden Baue dieses Denkmals gewahrt man aus der Ferne nicht, dass er aus zahllosen einzelnen Steinen kunstvoll zusammengefügt ist. Hunderte solcher einzelnen Steine bilden nun die Dissertationen, welche durch Pharmaceuten und Mediciner unserer Hochschule unter Dragendorff ausgeführt worden sind. Gerade aber durch diese Beziehungen gewinnt das Werk für uns alle ein viel grösseres Interesse, als es für die Forscher in anderen Ländern haben kann. Die neue Auflage musste dank den vielen neuen Untersuchungen des letzten Jahrzehntes völlig umgearbeitet werden und erweckt unser gerechtes Erstaunen dadurch, wie zahllose Einzelheiten auf so engem Raume haben zusammengedrängt werden können, ohne der Uebersichtlichkeit Eintrag zu thun. Ich finde sogar, dass die Uebersichtlichkeit gewonnen hat. Eben so dürfte eine dem Werke beigegebene Spektraltafel wohl allen das Werk Benutzenden sehr willkommen sein. Möchte das Werk noch recht viele Auflagen erleben und

dadurch den besten Beweis liefern, dass Dragendorff's Leistungsfähigkeit und Bedeutung noch auf der Höhe stehen!

In dem «Berichte» zählt Dragendorff aktenmässig die Leistungen seines Institutes im letzten Jahrzehnt auf. Wir ersehen daraus beispielsweise, dass die Zahl der Praktikanten dieses Institutes von 1885 bis 1894 beständig wuchs, nämlich von 341 auf 634; wir sind begierig zu erfahren, wie sie sich wohl im nächsten Jahrzehnt verhalten wird. Die Zahl der Arbeiten, welche mit fortlaufender Nummer seit Dragendorff's Eintritt ins Institut als Fortsetzung eines früheren Berichtes aufgezählt werden, beträgt 398. Welches pharmaceutische Institut vermag ähnliche Leistungen aufzuweisen?

Kobert.

Max Verworn: Allgemeine Physiologie. Ein Grundriss der Lehre vom Leben. Mit 270 Abbildungen. (Jena, Gustav Fischer 1895).

Die physiologische Forschung der letzten Jahrzehnte zeigt immer deutlicher, dass die allgemeinen Probleme des Lebens bereits in der Zelle, dem Urgebilde alles Lebenden enthalten sind. Dieser Umstand veranlasste V. «die allgemeinen Probleme und Thatsachen, Theorien und Hypothesen vom Wesen des Lebens, die bisher nie eine ausführlichere Zusammenfassung erfahren hatten, nach cellularphysiologischen Gesichtspunkten in einheitlicher Weise zu bearbeiten» Zur Lösung dieser Aufgabe hat Verfasser den Weg der vergleichend-physiologischen Darstellung eingeschlagen, der s. Z. zuerst von Joh. Müller betreten, im Laufe der Jahre aber immer mehr verlassen worden ist.

Der Stoff ist in fünf grosse Abschnitte eingetheilt. Sie lauten: Von den Zielen und Wegen der physiologischen Forschung, von der lebendigen Substanz, von den elementaren Lebenserscheinungen, von den allgemeinen Lebensbedingungen, von den Reizen und ihren Wirkungen, vom Mechanismus des Lebens. Die Darstellung ist eine vollendete, mannigfach anregende und keinesfalls schwerfällige. Es ist das wohl als besonderes Verdienst des Verfassers zu bezeichnen, da neben Kapiteln, wie z. B. dasjenige über die Herkunft des Lebens auf der Erde, welches durch seine geistvolle Zusammenstellung schon an sich für Jedermann von grossem Interesse sein wird, eine grosse Reihe von anderen Vorgängen besprochen wird, die zwar von geringerer Bedeutung, so doch mit nicht geringerer Aufmerksamkeit gelesen werden werden. — Das Buch ist nicht allein für den Mediciner, sondern auch für jeden anderen naturwissenschaftlich vorgebildeten Leser berechnet und wir können ihm eine gedeihliche Zukunft versprechen, da es manches Neue und manches gute Alte in einem neuen Lichte bringt.

K.

E. de Renzi (Neapel). Pathogenese, Symptomatologie und Behandlung der Lungenschwindsucht. Wien, Alfred Hölder 1894. Mk. 5.

Verfasser, der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Lungenschwindsucht bereits genügend bekannt und ihnen den besten Theil seines Lebens gewidmet hat, legt in der vorliegenden deutschen Uebersetzung seines bereits in zweiter Anflage erschienenen italienischen Originals das Facit seiner vieljährigen specialistischen Erfahrung nieder und giebt ein umfassendes Bild der Phthise, ihres Entstehens, ihres Verlaufes und ihrer Behandlung. Als besonders gelungen ist der klinische Theil zu bezeichnen. In therapeutischer Hinsicht hat Verfasser gute Erfolge von einer von ihm zusammengestellten Jodkochsalzlösung beobachtet: Rp. Jodi puri 1,0 Kali jodati 3,0 Natri chlorati 6,0 Aq. destill. 1000,0 täglich 3 mal 50,0 Gramm zu nehmen. Endlich hat Verf. auch versucht, der Lungentuberculose mit electrischen Strömen beizukommen und will auch hier genügende und Hoffnung erregende Erfolge beobachtet haben (Technik im Original).

Die äussere Ausstattung des Buches ist die gewohnt vortreffliche.

K.

Prof. E. v. Düring: Klinische Mittheilungen über Syphilis. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 1895. 320 Seiten.

Dieses Buch ist kein Lehrbuch im strengen Sinne des Wortes, sondern eine geordnete Sammlung von Vorlesungen, die Verf. in Constantinopel Aerzten gehalten hat, die seinen Schülern als Hülfsmittel dienen soll. Sie erscheinen gleichzeitig türkisch und deutsch, damit sie auch einem weiten Kreise der ärztlichen Welt zugänglich gemacht werden sollen.

Aus dem Hauptzweck ergiebt sich auch der Charakter des Buches, das Vorherrschen subjectiver Anschauungen, die vielfach durchaus interessant, manchmal jedoch zu sehr das Gebiet der Objektivität verlassen, daher würden wir dieses Buch Anfängern im Studium der Syphilitis nur ungern in die Hand geben. Es scheint uns richtiger, neue Ansichten erst in Form von Journal-Artikeln den Special-Collegen zur Kritik vorzulegen und wenn sie von denselben discutirt oder undiscutirt angenommen in Lehrbüchern zu deponiren.

Für den Syphilidologen ist das vorliegende Buch jedenfalls von Interesse, wenn man versteht, das Wichtige und Richtige vom Unwichtigen und Unrichtigen zu scheiden.

Nur eine Bemerkung möchten wir uns zum Schluss erlauben. Wir waren einigermaassen erstaunt, dass Verf. das jetzt überall gebräuchliche und anerkannte Präparat Hydrargyrum salicylicum so stiefmütterlich behandelt und den Präparaten zuzählt «die schmerzhafter, mehr zu Abscessen disponirend». Wir haben bei vielen Tausend Injectionen keine Abscesse beobachtet und verdient dasselbe wohl auch den türkischen Collegen empfohlen zu werden.

Die Ausstattung ist, wie stets bei den Büchern des Voss'schen Verlages ausgezeichnet.

O. Petersen.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga

Sitzung vom 17. Mai 1895.

Dr. Schabert stellt vor der Tagesordnung einen Patienten mit Spondylitis der Halswirbelsäule vor, deren Ausheilung in der kurzen Zeit von 3 Mon. erfolgte. Der 14-jährige Patient erkrankte im März 1894 unter den Erscheinungen eines acuten Gelenkrheumatismus. Die Dauer des letzteren, das gelegentliche Wiedererscheinen von Temperaturen trotz abgelaufener Gelenkerkrankungen, liessen in der Folge an eine Complication denken. Die Möglichkeit einer latenten Tuberculose wurde fortwährend im Auge behalten. Im August entwickelte sich Torticollis, der wie die Untersuchung ergab, auf einer Spondylitis im Atlantooccipitalgelenk beruhte. Zugleich manifestirten sich die Erscheinungen der Compensation einer im Laufe des Gelenkrheumatismus acquirirten Endocarditis der Mitralklappen. Die Spondylitis als tuberculös anzusehen, dazu lagen folgende Gründe vor: der Vater des Patienten starb an florider Lungentuberculose, Pat. selbst war als Kind scrophulös, und repräsentirt gegenwärtig den pastösen Habitus; die Häufigkeit der tubercul. Processe an den Wirbelkörpern und Gelenken, im Gegensatz zu der Seltenheit gleichnamiger Processe rheumatischer Natur. Pat. wurde für einen Monat in die Glissonsche Schwebe gelegt, erhielt Kreosot und wurde stark genährt; 2 weitere Monate wurde ein portabler Apparat getragen und Luftcur gebraucht. Es erfolgte eine völlige, der Zeit standhaltende Ausheilung; der Kopf ist nach allen Seiten hin drehbar, activ und passiv; der Wirbelkörper nicht mehr schmerzhaft. Dieses erfreuliche und in Anbetracht der kurzen Zeit auch ungewöhnliche Resultat könne nach des Vortragenden Meinung in Beziehung gesetzt werden mit der stattgehabten Circulationsänderung. Bekannt sei — von wenigen Ausnahmen abgesehen — der günstige Einfluss bestehender Mitralinsufficienz auf den tuberculösen Lungenprocess. Bier's Behandlung der Gelenktuberculose mit künstlicher Stauung beruhe auf einer Nachahmung dieses Vorzuges und bürgere sich immer mehr dank der Anerkennung hervorragender Autoritäten, in den Kliniken ein. Liegen nun auch die Verhältnisse der durch eine Mitralinsufficienz geschaffenen Circulationsänderungen für die Beeinflussung der Lungentuberculose am günstigsten, so sei doch nicht abzustreiten, dass auch der grosse Kreislauf im Sinne der Stauung in weitem Maasse beeinflusst werde, darnach müsse, zumal während der sich erst bildenden Compensation resp. stattfindenden Compensationsstörung jedweder tuberculöse Process im Körper günstig beeinflusst werden. Auch der vorliegende Fall rege zur Erwägung dieser Möglichkeit an. (Autoreferat).

Dr. Voss zweifelt an der Richtigkeit der Diagnose und glaubt es hier mit einer rheumatischen Erkrankung zu thun zu haben, wofür sowohl der vorherbestehende Gelenkrheumatismus, als der überaus kurze Verlauf sprechen.

Dr. Schabert betont demgegenüber die stark hereditäre Belastung und den scrophulösen Habitus d. Pat.

Dr. P. Klemm hält auf Grundlage der geschilderten Sympt. den Process allerwegs für einen tuberculösen, nur glaubt er noch nicht an eine definitive Heilung.

Dr. Wolferz bestätigt nach seinen Erfahrungen auch das Bestehen eines Ausschlussverhältnisses zwischen Herzklappenfehler und Tuberculose der Lungen, wenngleich er — wenn auch selten — das Nebeneinandervorkommen beider Processe hat beobachten können. Der Grund für dieses Verhalten dürfte wohl in der durch die Insufficienz bedingten Stauung zu sehen sein.

Dr. Deubner findet in der Literatur häufige Betonung dieses Verhältnisses und hat auch selbst eine dafür sprechende Beobachtung zu verzeichnen. Eine Phthisika acquirirt Gelenkrheumatismus und Endocarditis mit Entwickelung von Herzklappenfehler ohne Störung der Compensation; dennoch wesentliche Besserung der Phthisis; Schwinden der Bacillen, Körperzunahme.

1. Dr. Schönfeldt stellt einen 45 a. n. Arbeiter vor, der das klinische Bild der Syringomyelie darbietet;

1) im Laufe des letzten Jahres entstandene, fortschreitende degenerative Atrophie der kleinen Handmuskeln; namentlich links ist der Daumen- und Kleinfingerballen ganz flach; beiderseits Krallenhandstellung; spatia interossea eingesunken.

2) an beiden oberen Extremitäten ist das Gefühl für Berührung und Druck erhalten, dagegen besteht Analgesie für tiefe Nadelstiche und Thermanaesthesie.

3) Neben zahlreichen Narben bestehen — als Ausdruck der trophisch-vasomotorischen Störung — Panaritien der Finger, Geschwüre und Verdickung der grossen Zehe (Umfang derselben 13.5 Cm., Länge 9 Cm.) Zu dieser Kategorie von Symptomen wurden die inselförmigen Hautverfärbungen ebenfalls gerechnet. Da jedoch dieselben bei der Demonstration anaesthetisch sich erweisen, so verzichtet Vortragender auf eine weitere Analyse dieses Falles zu Gunsten der Annahme einer leprösen Affection.

Dr. Bergmann hält den vorgestellten Fall zweifellos für Lepra nervorum. Die charakt. Flecken an den Extremitäten und am Rumpf kommen bei keiner andern Erkrankung in dieser Weise vor: der etwas blasse Fleck auf der Stirn ist bei guter Beleuchtung schon auf weite Distanzen sichtbar und ermöglicht schon an sich durch den Sitz und charakt. Aussehen die Diagnose.

Die Form der Syringomyelie, welche halbseitige Veränderungen – in ihrem Beginne wenigstens — schafft, die giebt ein klinisch differenzirbares ohne weiteres anzuerkennendes Bild. Die trophischen Störungen an nur einer oberen Extremität, die Sensibilitätsstörungen, das sehr frühzeitige Auftreten von Scoliose geben ein charakt. Bild. — Anders ist es mit dem Type Morvan, der von Autoritäten wie Charcot anfangs nicht zur S. gerechnet wurde, bis einige Sectionen erwiesen, dass bei dieser Form gleichfalls Höhlenbildungen im R. M. vorkommen. Doch giebt es heute noch Forscher, wie z. B. Zambaco — die strict behaupten, der Type Morvan sei nur Lepra nervorum. Zuzugeben ist, dass es Fälle von Lepra nerv. giebt, bei denen man cutane Veränderungen zur Evidenz nicht nachweisen kann, es bestehen wohl Pigmentverschiebungen, pigmentlose Stellen, welche dem Sitz früherer typischer Efflorescenzen entsprechen, doch im Moment der Untersuchung können ausgesprochene cutane Erscheinungen fehlen, so dass die Diagnose in solchen Fällen zwischen Lepra nerv. und Syringomyelie type Morvan ungemein schwer werden kann. In solchen Fällen ist es vorsichtiger, namentlich im Hinblick auf die socialen Folgen für den Kranken — von Syringomyelie type Morvan zu reden. Wo aber die cutanen Erscheinungen deutlich sind, da kann — namentlich in einem Lande, wo Lepra einheimisch ist — die Diagnose Syringomyelie garnicht zur Sprache kommen.

Zum Schluss fordert Dr. Bergmann die Collegen zu einem Besuch des Leprosoriums auf, welches durch seine mehr als 70 Fälle im Augenblick viel interessantes Material bietet.

Dr. Ed. Schwarz wendet sich ebenfalls gegen die Diagnose Syringomyelie, indem er zunächst die unzweifelhaften leprösen Hauterscheinungen übergeht und sich nur mit den Symptomen mehr befasst, welche spec. dem Bilde der Syringomyelie angehören. Die partielle Empfindungslähmung welche der S. eigenthümlich ist, kommt auch bei Lepra nicht so selten vor. Als differentialdiagnostisches Moment gilt aber dann die Verbreitung der Störung, sie befällt bei S. meist grössere Theile der Haut; wenn sie dieses auch bei L. thut, so beschränkt sie sich hier höchstens auf eine ganze Extremität. Im vorgestellten Falle nimmt sie keine grössere Strecke des Körpers ein, sondern ist ungefähr auf das Gebiet der vorhandenen Atrophien beschränkt, was gegen S. und für L. spricht. Ein nur eindeutiges Sympt. sind die Sensibilitätsstörungen im Bereich der trophischen Störungen der Haut. Abgesehen von ihrer Verbreitung, ihrem Erscheinen auf dem Gesicht, das direct für L. charakt. ist, sind auch die Flecken auf der Brust und am übrigen Körper anästhetisch, die gesunde Haut nebenbei normal empfindend, ein Verhalten, das bei S. nicht vorkommt, dagegen für L. charakt. ist.

Weiter ist das Verhalten der Sehnenreflexe für das Bild der S. von grösster Bedeutung. Bei Annahme einer S. müsste dieselbe in Folge der Störungen der oberen Extremität im Cervicalmarke angenommen werden, wobei eine Steigerung der Sehnenreflexe die Regel ist, während sie im vorgestellten Falle sich als normal erweisen. Auch bei Annahme einer Betheiligung des Lumbalmarkes müssten Störungen im Sehnenreflexe vorhanden sein, was nicht der Fall ist. Auch die Ausbreitung der Atrophie ist eine auffallende, wenn man sie durch S. erklären wollte, denn dann müsste das ganz R. M. erkrankt sein, wogegen wieder die geringfügigen Veränderungen sprechen. Die gleiche Vertheilung der Atrophien und Sensibilitätstörungen spricht direct für Neuritis leprosa. Gegen S. spricht auch das Fehlen von Mastdarm- und Blasenstörungen.

In Betreff des von Dr. Bergmann erwähnten Type Morvan wäre zu bemerken, dass derselbe sich jetzt in zwei Theile aufgelöst hat. — Der eine Theil fällt der S. zu, der andere der Lepra. Ueber diesen Type hat er eigene Erfahrungen nicht, sondern referire nach Schlesinger, der eine sehr empfehlenswerthe Monographie in den letzten Monaten habe erscheinen lassen, in der er sich auf ca. 560 Arbeiten über S. und ca. 260 Krankengeschichten stützt.

Dr. Voss scheint aus der bisherigen Discussion hervorzugehen, dass die S. bis jetzt noch nicht als typisches Krankheitsbild aufzufassen ist, sondern mehr als ein Symptomencomplex.

Dr. Ed. Schwarz giebt zu, dass der Begriff S. bis jetzt noch ein Sammelname in sofern sei, als verschiedene anatomische Processe eine Erweiterung und Höhlenbildung des Centralcanals bedingen, jedoch sei es, seitdem 1893 Kahler und Schultze unabhängig von einander zeigten, dass die schon im vorigen Jahrhundert bekannten Höhlenbildungen in viro diagnosticirbar wären, eine durch viele Sectionen bestätigte Errungenschaft der Neuzeit, aus der grossen Gruppe der Muskelatrophien, zu denen auch Duchenne diese Fälle gerechnet hatte, abzutrennen und als Höhlenbildungen im R. M. zu diagnosticiren.

Dr. P. Klemm betont die Schwierigkeit der Diagnose der S. aus einzelnen Symptomen und im Augenblick der Untersuchung. Nach Schlesinger ist das Bild der S. gerade ein so mannigfaltiges, fast alle organische Erkrankungen des R. M. und der peripheren Nerven in sich umfassender, dass nur aus den Schulsymptomen und einer genauen Beobachtung eine sichere Diagnose möglich ist. Einen wesentlichen Einfluss auf das Hervortreten der einzelnen Symptome hat eben die Erkrankung im R. M. So können z. B. Blasen- und Mastdarmstörungen bei hohem Sitz des Processes fehlen, während sie bei tiefem Sitz gewiss vorkommen können. Ebenso verhält es sich mit dem Vorkommen der trophischen Störungen.

Dr. Ed. Schwarz giebt die Richtigkeit des von Dr. Klemm Gesagten zu. In einigen Fällen ist die Diagnose nicht möglich, wofür er Belege anführt in der Pachymeningitis hypertrophica (Charcot) ferner in dem sog. Lumbaltypus der S. und deren Abgrenzung von der Tabes.

d. Z. Secretair S. Radecki.

Zuschrift an die Redaction.

Hochgeehrter Herr Redacteur!

Wenn die projectirte «Entbindungsanstalt, gegründet von den evangelischen Gemeinden in St. Petersburg» bisher nur in der allgemeinen Presse besprochen wurde, so geschah dies, um für die Idee weitere Kreise zu interessiren und dem Project Freunde und Gönner zu erwerben. Heute nun steht die Sache anders, — nicht mehr von einem Project allein ist die Rede, sondern von der Realisirung desselben in allernächster Zeit, wenn auch fürs erste in weniger grossem Maassstabe, als es anfangs geplant war. Da nun die «Entbindungsanstalt, gegründet von den evangelischen Gemeinden in St. Petersburg» voraussichtlich Ende October ihre Thätigkeit beginnen soll, halte ich es, dem die Leitung des neuen Institutes anvertraut, für meine Pflicht, auch in Ihrem geschätzten Blatt desselben zu erwähnen und die verehrten Collegen mit den Zwecken und Zielen der Anstalt bekannt zu machen.

Der ursprüngliche Plan, der übrigens auch jetzt zu Recht besteht, war ein Gebärhaus für circa 1000 Geburten im Jahr ins Leben zu rufen, verbunden mit einer gynäkologischen Abtheilung und Hebammenschule. Ein Capital von circa 90,000 Rbl. ist bereits gesammelt und ein geeigneter Platz (Was.-Ostr. gr. Prosp. 49) von 1000 □ Faden angekauft. Da das erwähnte Capital aber zu dem grossen Bau noch nicht genügt, und auch andere wichtige Gründe vorliegen, die es wünschenswerth machen, von dem Beginn des Baues noch abzustehen, es aber anderseits durchaus inoportun erscheint, die Realisirung eines Projects, dem von allen Seiten warme Sympathie entgegenkam, auf Jahre hinauszuschieben, so beschloss im Mai dieses Jahres das Curatorium der Entbindungsanstalt, vorläufig ein kleineres Gebärhaus zu eröffnen und zwar für circa 3—400 Geburten im Jahr. Von der Hebammenschule und der gynäkologischen Abtheilung wurde zunächst abgesehen, da dieses grosse Räume und Unterhaltungskosten beanspruchen würde. Für das provisorische Gebärhaus ist nun ein zweckentsprechendes Haus (особнякъ) auf Was. Ostr. 7. Lin. Nr. 34 gefunden und es wird scharf an der Einrichtung gearbeitet, so dass es voraussichtlich am 29. October a. c. eingeweiht und seiner Bestimmung übergeben werden kann. Es soll enthalten: 1 Zimmer für 4—5 Schwangere (gratis), 1 allgemeines Zimmer für 6 Gratisbetten und 3 Separatzimmer gegen Zahlung von 3 resp. 5 Rbl. pro Tag. — Ausserdem wird, laut Vorschrift des Ministeriums, eine Ambulanz eingerichtet mit einer Zahlung von 50 Kop., für Arme aber unentgeltlich.

In der Hoffnung, dass die Anstalt sich in Zukunft auch der Sympathien der Collegen erfreuen wird, zeichne in vorzüglichster Hochachtung Dr. C. Wiedemann.
St. Petersburg d. 14. October 1895.

Vermischtes.

— Den 14. October 1895 ist die 59. Jahresversammlung der «Marienkasse für Wittwen und Waisen der Aerzte» abgehalten worden.

Den 1. October 1895 betrug das Vereinsvermögen in Werthpapieren 427,176 Rbl. und in der Reichsbank 5837 Rbl.

Ausgegeben wurde während des Jahres an Pensionen für 47 Wittwen 13605 Rbl. und an Unterstützungen für 8 Personen 1025 Rbl.

Der gegenwärtige Bestand der Mitglieder ist 59 Personen und der der Wittwen 46.

Der Mitgliedsbeitrag ist 60 Rbl. jährlich. — Zur Zeit Präsident der Gesellschaft ist Dr. Luppian.

— Wie die «Berliner klinische Wochenschrift» (№ 43) mittheilt ist Prof. König (Göttingen) an Stelle von Bardeleben an die Charité berufen worden und hat die Berufung angenommen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. October d. J. 6915 (122 mehr als in d. Vorw.), darunter 770 Typhus — (50 mehr), 814 Syphilis — (19 mehr). 119 Scharlach — (8 wenig.), 66 Diphtherie — (17 mehr), 51 Masern (20 mehr), und 13 Pockenkranke — (1 wenig.) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Boas. Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. I. Theil. 3. Auflage. Leipzig, Thieme 1894.

Biedert. Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 11. Auflage. Stuttgart, Enke.

Renzi: Lungenschwindsucht. Wien, Hölder 1894.

Nothnagel: Spec. Pathologie und Therapie. XV, Bd., II. Theil. Wien, Hölder. 1894.

Mittheilungen aus Kliniken der Schweiz, I. Reihe, Heft 11 u. 12.

Drasche. Bibl. d. medic. Wissenschaften, Lief. 34—37.

Pinard. De l'agrandissement momentané du bassin. Paris, Steinheil 1894.

Fullerton. Quinine in Cholera, Columbus, Ohio 1893.

Джемисонъ, Болѣзни кожи. Переводъ Фрина. С-Петербургъ 1894.

Kast und Rumpel. Pathologisch-anatomische Tafeln X. u. XI. Lieferung. Hamburg 1894.

Wick, Ueber die physiol. Wirkungen verschiedener warmer Bäder. Wien, Braumüller 1894.

S. von Stein. Die Lehre von den Functionen der einzelnen Theile des Ohrlabyrinths. Uebers. von Krzywicky. Jena, G. Fischer 1894.

Kocher. Chirurg. Operationslehre, II. Auflage. Ibidem.

Nauwerck. Sectionstechnik. II. Auflage. Ibidem.

Kessel. Ueber die vordere Tenotomie, Mobilisirung und Extraction des Steigbügels. Ibidem.

Daiber. Chemie und Mikroskopie des Harns. Ibidem.

Pentzold und Stintzing. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. 9. und 10. Lieferung. Ibidem.

Jacobson. Briefe an Fachgenossen. Königsberg, W. Koch, 1894.

Hellin. Die Ursache der Multiparität der uniparen Thiere etc. München, Seitz und Schauer 1895.

Vopelius. Carcinosis. Ibidem.

Fröhlich. Heilkunst und Heilwissenschaft. Ibidem.

Schleich. Schmerzlose Operationen. Berlin, Springer 1894.

Halliburton. Grundzüge der chem. Physiologie. Heidelberg, Winter 1894.

Federn. Blutdruck und Darmatonie. Leipzig, F. Deuticke 1894.

Brosius. Die Verkennung des Irreseins. Leipzig, Friesenbahn 1894.

Lüneburg und Huber. Die Gynäkologie des Soranus von Ephesus. München, Lehmann 1894.

Huber. Bibliographie der klin. Helminthologie, Heft 7 und 8. Ibidem.

Brandenburg. Die Basedowsche Krankheit. Leipzig, Konegen 1894.

Gilbert. Italiens Thermen, Wien, Braumüller 1894.

Unna, Leloir, Morris, During. Intern. Atlas seltener Hautkrankh. Hamburg, Voss 1893.

Ученыя записки Импер. Юрьевск. Университ. 1894, 2.

Arnold. Repetitorium der Chemie, Hamburg, Voss 1894.

Orth. Lehrb, der spec. pathol. Anatomie. Berlin, Hirschwald 1894.

Tillaux. Руководство топограф. анатоміи, перев. Таубера. Выпускъ I, Риккеръ.

Эдингеръ. Строеніе органовъ центр. нервн. системы, перев. Пустошкиной. Риккеръ.

Вундтъ. Лекціи о душѣ человѣка и животныхъ. Перев. Розенбаха. Риккеръ.

Apostoli. Travaux d'électrothérapie gynécologique. Paris 1894.

Rychna. Die Salubritätsindicationen. Prag, Dominicus 1894.

Börners Reichs med. Kalender 1895. Leipzig Thieme.

Chiari. Pathol. anat. Sectionstechnik, Berlin, Fischer 1894.

Köstlin. Die Nervenendigungen in den weibl. Geschlechtsorganen. Ibidem.

Saalfeld. Wann dürfen Gonorrhoische heirathen? Ibidem.

Gawronsky. Verbreit. und Endigung der Nerven in den weibl. Genitalien. Berlin, Schuhmacher 1894.

Hirt. Path. und Ther. d. Nervenkrankh. Wien, II. Auflage, Urban und Schwarzenberg.

Eulenburg. Encykl. Jahrbücher. 4. Jahrgang, Ibidem.

Bum und Schnirer. Diagn. Lexicon, III. Band. Ibidem.

Benedict. Second life.

Ahrens. Organische Chemie für Aerzte. Stuttgart, Enke 1894.

Wernich und Wehmer. Lehrbuch des öffentlichen Gesundheitswesens. Ibidem.

Strümpell. Lehrb. der spec. Path. und Ther. II. Bd. VIII Aufl. Leipzig, Vogel.

Vierordt. Diagnostik d. inneren Krkh. IV. Aufl. Ibidem.

Kobert. Historische Studien IV. Halle, Tausch und Grosse 1894.

Scholz. Vorträge über Irrenpflege Bremen, Heinzius 1895.

Scholz. Fortschritte in der Irrenpflege, Leipzig, E. H. Mayer 1894.

Eschele. Ernährung und Pflege des Kindes. Leipzig, Konigen.

Heinzelmann. Gardone Riviera, München, Lehmann 1895.

Sajous. Annual of the universal. medic. sciences 1893. Philadelphia. Davis et Co.

Eulenburg. Real-Encyclopädie III. Aufl. Bd. 3. Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg.

Fischer. Lehrbuch der Chemie. III. Aufl. Stuttgart. Enke 1895.

Peiper. Die Verbreitung der Echinococcenkrankheit. Ibidem. 1894.

Polaillon. Chirurgie hospitalière. Paris, Doin 1894.

Praussnitz. Grundzüge der Hygiene. II. Aufl. München, Lehmann 1895.

Helmholtz. Handbuch der physiol. Optik, 8. Lieferung. Hamburg, Voss 1894.

Birch-Hirschfeldt. Lehrbuch der pathol. Anat. II. Bd., 1. Hälfte. 4. Aufl. Leipzig, Vogel 1894.

Orthner. Zur Klinik der Cholelithiasis. Beitrag z. klin. Med. und Chir. Heft 7, Wien, Braumüller.

Wernicke. Grundriss der Psychiatrie. Th. I. Leipzig, Thieme 1894.

Escherich. Aetiol. der epidem. Diphtherie. Wien, Hölder 1894.

Klin. Zeit- und Streitfragen Bd. VIII, Heft 3—6. Ibidem.

Nothnagel. Spec. Path. und Ther. Bd. IX. Theil 2. Ibidem.

Pinner. Repetitorium der organ. Chemie. Berlin, Oppenheim. 1894.

Бехтеревъ. Нервныя болѣзни I. Казань 1894.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis 14. October 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
255	236	491	90	40	77	13	6	18	55	39	37	33	44	26	9	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 10, Scharlach 16, Diphtherie 11, Croup 2, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 57, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 24, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 48, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 31. October 1895.

Tagesordnung: Discussion über Scoliose.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 23. October 1895.

Дозв. ценз. Спб. 20 Октября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. · Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, 28. October (9. November) 1895

Inhalt: Dr. M. Treymann: Die Laparotomien und Symphyseotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses. — Referate: Hegar: Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode. — Max Müller: Ueber den Einfluss der Fiebertemperaturen auf die Wachsthumsgeschwindigkeit und die Virulenz der Typhusbacillen. — E. Breslauer: Ueber die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Constituentien auf den Desinfectionswerth. — S. Roberts: A successfull case of transperitoneal uretero-lithotomy. — T. Lyelston: A case of Hepato-Nephro-Lithotomy. — M. Robson: The Treatment of spina bifida by plastic operation. — T. Shepherd: A case of Cholecystenterostomy performed with Murphy's button. Death from Haemorrhage an fourth day. — B. Davis: Hernia in the linea alba. — G. Romine: The Cure of constipation by forcible Dilatation of the sphincter ani. — Bücheranzeigen und Besprechungen: H. Löhlein: Gynäkologische Tagesfragen. — M. Joseph (Berlin): Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. — E. Remak: Grundriss der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für praktische Aerzte. — R. Müllerheim: Die äussere Untersuchung der Gebärenden. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — An die Redaction eingesandte Bücher. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Die Laparotomien und Symphyseotomien in der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Von

Dr. M. Treymann.

Vortrag zum 7. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte am 16. September 1895.

Bericht über 100 Operationen aus der Frauenabtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Unter Hinzuziehung von 2 früheren Laparotomien bei Extrauteringravidität und 3 Ovariotomien habe ich im Ganzen über 97 Laparotomieen und 3 Symphyseotomieen zu berichten, die in den letzten 5 Jahren in der Frauenabtheilung gemacht wurden. Davon wurde 1 Laparotomie von Dr. Voss, 1 von Dr. Jansen, 10 von Dr. Knorre, die übrigen 88 von mir gemacht unter freundlicher Assistenz von Dr. Jansen, Voss, Knorre und Paul Klemm, denen ich hier meinen verbindlichen Dank für die bereitwillige Hülfe ausspreche, ohne welche die grösstentheils schwierigen Operationen glücklich auszuführen mir unmöglich gewesen wäre.

Unter den 97 Laparotomieen finden sich

7	bei Ectopischer Schwangerschaft	4	Todesf.
2	Kaiserschnitte, dar. 1 Porro	1	»
18	Laparomyomotomieen	6	»
16	Adnexoperationen	1	»
10	Ventrifixationen	0	»
44	Ovariotomien	3	»
97	im Ganzen mit 15 % Mortalität.		

Die hohe Mortalität ist vorzugsweise bedingt durch die ectopische Schwangerschaft und die Uterusmyome. Während auf die 70 Laparotomieen bei Ovarialtumoren, Ventrifixationen des prolabirten Uterus und die Adnexoperationen nur 4 Todesfälle kommen, haben wir bei Extrauteringravidität, beim Kaiserschnitt und bei den Laparotomieen wegen Uterusmyomen in 27 Fällen 11 Todesfälle zu beklagen.

Hoffentlich gelingt es, durch den detaillirten Bericht eine nachsichtige Beurtheilung der hohen Mortalität von Ihnen zu gewinnen.

Fangen wir mit dem Schlimmsten an, der Extrauteringravidität: 4 Todesfälle auf 3 Genesungen.

1. Eine 28-jährige Frau, mit 8-monatlicher lebenden Frucht im Extrauterinsack, wurde septisch eingebracht. Das Kind wurde, nach richtig gestellter Diagnose todt extrahirt. Die Frau starb am 6. Tage an Sepsis.

2. Bei dem 2. Fall, einer 26-jährigen Frau handelte es sich um eine Haematocele retrouterina seltener Art. Der Uterus stand hoch, beweglich. Der kindskopfgrosse, höckrige Tumor erwies sich als ein Fruchtsack ohne Foetus, wobei die Placenta zwischen der hinteren Fläche des Lig. lat. sin. und der Flexura sigm. angelegt war. Sofort bei Eröffnung der Bauchhöhle erfolgte eine starke Blutung aus der gelösten Placenta. Trotz Stillung derselben und erfolgreicher Jodoformtamponade starb die Frau nach 3 Tagen.

3. Eine 30-jährige Frau, bei welcher von Dr. Bernsdorff und mir die Diagnose auf rechtsseitige rupturirte Graviditas tubaria gestellt war, musste in der Nacht, unter hochgradiger Anaemie, unter unzureichender Assistenz operirt werden. Das kleine Becken war voll Blut, in der rechten Tube ein bohnengrosser Riss. Dr. Schabert bestätigte nach microscop. Untersuchung die Diagnose des Tuben-Aborts. Trotz der Unterbindung ging die Frau doch nach 4 Tagen zu Grunde.

4. Eine 32-jährige Frau mit 6-monatlicher lebender Frucht im hinten und rechts liegenden Extrauterinsack, wurde mit Einnähung des Sackes, Zurücklassung der Placenta und Jodoformgaze-Tamponade glücklich operirt. Die Operation war äusserst schwierig, die Auslösung des mit den Nachbarorganen fest verwachsenen Sacks unmöglich. Die Frau ging nach 18 Tagen, nachdem die Placenta glücklich entfernt worden war, unter den Erscheinungen einer Psychose zu Grunde.

5. Unter den 3 Genesenen handelte es sich bei einer 32-jährigen Frau um einen grossen, durch Blutung aus-

gedehnten, den Bauchdecken adhärenten Fruchtsack, der bis unter den linken Rippenbogen reichte und einen 3½ monatlichen Foetus enthielt. Der Sack wurde ausgeräumt, die Placenta zurückgelassen, nach 20 Tagen entfernt. Das Präparat ist in Dorpat aufbewahrt (Dr. Küstner). Die Frau ist seitdem, December 1888, ganz gesund, hat einen mässigen Bauchbruch, ist nicht wieder schwanger geworden.

6. Die zweite Genesene, eine 26-jährige, hatte eine 4-monatliche Gravidität im linken atretischen Uterushorn. Der Zustand konnte leicht einen mässig grossen Ovarialtumor vortäuschen. Die Operation war leicht. Der Fall ist von Dr. Knorre beschrieben worden. Die Frau hat vor der Operation einmal geboren und ist jetzt, 13 Monate nach der Operation glücklich von einem lebenden Kinde entbunden worden.

7. Die 3. Genesene ist eine 27 Jahre alte Frau, die vor 3 Jahren ein Mädchen glücklich geboren hatte. Sie wurde am 30. Jan. 1895 operirt und am 11. März a. c. gesund entlassen. Die Diagnose war von Dr. Jorban in Tuckum und von mir auf Graviditas extrauterina gestellt worden, da es uns Beiden gelang, links vorn einen 10 C. langen leeren Uterus nachzuweisen. Bei der Operation erwies sich, dass das ausgetragene, 2—3 Tage früher abgestorbene Kind in dem atretischen rechten Uterushorn sich entwickelt hatte. Es lag nach dem Bauchschnitt anscheinend ein Uterus im 10. Schwangerschaftsmonat vor. Es war das ausgedehnte und vergrösserte rechte Uterushorn, welches in einer Ausdehnung von 7 Cent. dem leeren Uterus anlag. Die Operation glich der Porro-Operation, mit extraperiton. Stielversorgung. Im Cervix liess sich deutlich eine Oeffnung nachweisen, die mit der Sonde nach dem Uterushorn zu verfolgen war, jedoch blind endigte. Glatter Verlauf. (Das Präparat wurde dem ärztlichen Verein in Riga seinerzeit vorgezeigt.)

Unter den 18 Frauen, bei denen die Laparomyomotomie, und zwar mit extraperitonealer Stielversorgung, gemacht wurde, sind 6 gestorben — eine an Herzschwäche am 4. Tage (sie war höchst anämisch, hatte ein mannskopfgrosses Myom und litt an profuser Menorrhagie). 4 gingen septisch zu Grunde, darunter 2 mit sehr grossen Myomen, die eine Hand breit über den Nabel hinaufreichten. Jedesmal ist die Sepsis nachweislich vom Stumpf ausgegangen. Einmal trat septisches Fieber schon 36 Stunden nach der Operation (bei kindskopfgrossem Myom und leichter Operation) ein, wo unmittelbar nach Eröffnung des Leibes wegen Chloroform-Asphyxie 3 Min. lang die Athmung künstlich unterhalten werden musste. Der Tod erfolgte erst am 7. Tage. Ein anderes Mal schloss sich die Sepsis, bei einer 40-jähr. Frau und kindskopfgrossem Tumor, der wie eingekeilt im kleinen Becken festsass und schwer herausgehoben werden konnte an die Ruptur des linksseitigen Hämosalpinx an. Auch rechts fand sich ein Hämosalpinx, der nicht einriss. Beide Tuben waren mit schwärzlichem, dickflüssigem Inhalt gefüllt. Der Tod erfolgte am 6. Tage. Zwei andere starben am 4. Tage. Der 6. Fall, eine 40-jährige Frau mit sehr grossem Tumor, der sich als ein sehr hartes 12 Pfund schweres Uterusmyom des Fundus mit darunter gelegener 3-monatlicher Frucht erwies, ging nach glücklich und rasch vollendeter Operation am 12. Tage an Ileus zu Grunde. Die Complication dieses grossen Myoms mit Graviditas im 3. Monate musste trotz genauester Untersuchung in Narcose und trotz darauf gerichteten Verdachts zurückgewiesen werden. Alle Symptome der Gravidität fehlten. Wäre sie aber auch vor dem Bauchschnitt diagnosticirbar gewesen, so hätte eine noch dringendere Indication für die Laparomyomotomie vorgelegen da eine Entwickelung der Gravidität über den 3. Monat hinaus die Patientin, welche hauptsächlich durch Compressionserscheinungen sich zur Operation gedrängt fühlte, unberechenbarer Lebensgefahr ausgesetzt hätte. Die Section ergab eine Knickung des Dünndarms ca. 150 Cent. über der Valvula Bauhini. Die Bauchwunde war geschlossen, das Peritoneum war spiegelnd glatt, gar kein Secret, noch fibrinöse Auflagerung. Der Stiel, von Jodoformgaze umgeben, in gutem Zustande.

Unter den Genesenen (12 Fälle) finden sich 3 wallnuss- bis faustgrosse Myome, complicirt mit Fibroma ovarii und Tubo-ovarial-Tumoren, 4 kindskopfgrosse Myome, 1 mannskopfgrosses Doppelmyom der vorderen und hinteren Wand und 4 sehr grosse, d. h. eine Handbreit über den Nabel reichende, die der Grösse eines Uterus im letzten Schwangerschaftsmonate gleich kamen. Zwei von diesen Frauen, 30 resp. 44 Jahre alt, kamen im Zustande hochgradigster Anämie zur Operation, getrieben von der Angst vor den unstillbaren Blutungen, die beiden anderen in Folge von starker Beängstigung durch die Compression der Lungen und des Intestinaltractus. Eine von den letzteren hatte ein grosses durch eine Brücke in der Mitte verbundenes Doppelmyom, das am Fundus uteri mit fingerdickem Stiel inserirt war und zugleich ein glattes, circa kindskopfgrosses, intraligamentär rechts liegendes Myom, welches wir nach Entfernung beider Ovarien an Ort und Stelle beliessen. Schon nach 3 Monaten erwies es sich um die Hälfte verkleinert. Die Frau fühlt sich heute, 14 Monate nach der Operation, vollkommen wohl. Das grösste Myom, welches ich bisher gesehen, habe ich bei der 47-jährigen Frau S. aus S. operirt. Es reichte bis zum Proc. xiphoid. nach oben hinauf und im Douglas fühlte man einen kindskopfgrossen Ausläufer. Es handelte sich sicherlich um mehrere subseröse Myome. Die Qualen waren so gross, dass wohl oder übel, die Operation versucht werden musste. Wider Erwarten war die Operation leicht. Auch in diesem Fall, wie gewöhnlich, gab es keine Adhäsionen und die Geschwulst liess sich an den gleich Hebeln vorstehenden subserösen Hervorragungen gut herauswälzen.

Wie gesagt, wurde die extraperitoneale Stielbehandlung gewählt. Jedenfalls wird durch sie bei der Operation Zeit gespaart. Nach dem Bauchschnitt wurde der Tumor herausgewälzt, die Bauchwunde oberhalb sofort mit Kugelzangen geschlossen, der Schlauch um den Cervix gezogen und nach Fixirung desselben mit 2 oberhalb durchgeführten Nadeln, der Stiel unterhalb des Schlauchs mit Peritoneum umsäumt, während der Tumor von einem Assistenten gehalten wurde. Dann wurde das Peritoneum genäht, sämmtliche Hautnähte angelegt und nun erst der Tumor abgetragen. Der Cervixcanal und die Stumpfoberfläche wurde mit dem Paquelin verschorft und Alles sorgfältig mit Jodoformgaze eingehüllt.

Die Dauer des Krankenhaus-Aufenthalts war sehr ungleich. Sie schwankte zwischen 1—3 Monaten. Blutarmuth, grosse Schwäche, einige Male Stichkanaleiterung, ausgegangen von der Umgebung des Stumpfes, erklären hinlänglich die lange Reconvalescenz der herabgekommenen Patientinnen. Der Schlauch wurde gewöhnlich nach ca. 3 Wochen, einmal erst nach 8 Wochen entfernt. Der Wundtrichter zeigte oft eine überraschende Tiefe.

Ausser dem in der Reihe der ectopischen Schwangerschaften ausgeführten Kaiserschnitt habe ich noch 2 gemacht; den einen bei schwerster Eclampsie, nach eben gesprungener Blase, während am Kinde noch schwache Lebenszeichen nachzuweisen waren. Die Mutter lag in tiefem Coma und konnte ohne Narcose operirt werden. Das Kind wurde todt extrahirt, die Mutter starb nach 6 Stunden.

Der 3. Fall betrifft eine Mehrgebärende, in der 32. Woche schwanger. Seit 3 Tagen Wehen, seit 3 Wochen heftige, vage Schmerzen im Becken. Bei der Vaginal-Untersuchung findet sich ein derb-elastischer Tumor, der von hinten rechts her, vom os sacrum ausgehend, das

kleine Becken so weit verengt, dass der Durchgang der Frucht unmöglich ist. Der Cervix ist ein breiter, offener Spalt, hochstehend, dicht an die Symphyse gedrängt. Blase nicht gesprungen. Deutliche Wehen, alle 3—5 Minuten.

Diagnose: Sarcoma oss. sacri. Der Kaiserschnitt fördert eine lebende Frucht, die in Steisslage sich befindet, zu Tage. Gewicht 4½ Pfund, Länge 39 C., Kopfumfang 28 C. — Nach Porro.

Am 2. Tage Temp. 39,0, am 3. Tage 37,3. Nach c. 6 Wochen (im Nov. 1894) wird die Patientin genesen, mit lebendem Kinde entlassen, nachdem sie längere Zeit subfebrile Temperaturen und mässigen Ausfluss von Eiter aus der Vagina gehabt. Dabei verkleinert sich der Beckentumor ein wenig, ohne sich sonst wesentlich in seiner Consistenz etc. zu verändern.

Im Ganzen wurden 10 Ventrifixationen gemacht, eine wegen mobiler, hartnäckiger Retroflexio uteri, die übrigen 9 wegen Prolapsus uteri totalis. In allen Fällen wurde ausserdem die Kolpoperinaeorrhaphia gemacht, in mehreren die Kolporrhaphia anterior ausserdem hinzugefügt. Der Uterus wurde mit 3—4 Silkwormfäden vorn angeheftet. So weit es sich übersehen lässt, sind die Resultate gut, mit Ausnahme eines Falles, wo der tiefliegende Uterus dermaassen ringsum von Adhäsionen umgeben war, dass er sich schwer lösen und nicht beweglich genug in die Höhe heben liess.

Unter den 44 Ovariotomieen haben wir 3 Todesfälle erlebt. Einmal in Folge von Blutung. Das grosse Cystosarcom, welches 5 Liter dunkelbrauner Flüssigkeit enthielt, war hinten adhärent. Beim Versuch der Lösung riss eine grosse Vene an der Cystenwand ein und die Blutung, die sofort gestillt wurde — durch Tamponade — war doch so gross, dass die 55-jährige Patientin nach 2×24 Stunden starb. Bei der Section erwies sich das Peritoneum als intact ebenso wie die grossen Gefässe des Beckens.

Der 2. Fall: ein linksseitiges grosses Cystosarcom und der rechte sarcomatös entartete Eierstock wurden entfernt. 2 grössere Cysten am Beckenboden konnten nicht entfernt werden. Jodoformgaze-Tamponade der Bauchhöhle. Tod an Sepsis nach 4 Tagen.

Der 3. Todesfall ereignete sich durch langsame Perforation der Darmwand bei Carcinoma intestini et mesenterii und betraf eine erst 32-jährige Frau. Die links in der Tiefe ruhende carcinomatöse, zum Durchbruch reife Dünndarmschlinge wurde für ein krankes Adnex von mir gehalten. Nichts wies auf eine Darmerkrankung hin. Die Pat. war jung, sah nicht cachectisch aus und litt durchaus nicht an irgend welchen Störungen der Darmfunction. Erst die Laparotomie deckte meine Fehldiagnose auf. Dr. Voss hat dann mit grosser Kunst ein 38 Cent. langes Dünndarmstück herausgeschnitten und eine Darmnaht angelegt, die gut gehalten hat. Denn die Pat. lebte noch 3 Wochen. Sie ging an Inanition zu Grunde. Der durch den unteren, offen gelassenen Wundwinkel in den letzten 14 Tagen abgehende faeculente Eiter stammte aus einer 5 Cent. über der Darmnaht gelegenen Perforationsöffnung, wie die Section nachwies.

Im Uebrigen haben wir fast lauter grosse Ovarialcysten mit ausgedehnten Adhäsionen, auch einige Stieltorsionen erlebt. Unter den 8 Cystosarcomen und Carcinomen haben wir es 3 Mal bei der Probelaparotomie bewenden lassen, 5 mal haben wir mit Glück Alles entfernt und Alle als vorläufig Genesene entlassen können. 9 leichte Operationen betrafen 3 Parovialcysten, 4 Dermoidcysten, 1 uniloculäre Ovarialcyste und 1 kleines Fibroma ovarii. 1 mal war ein Prolapsus uteri durch eine das kleine Becken ausfüllende Ovarialcyste verursacht, nach deren Entfernung der Uterus ventrifixirt wurde. 2 Mal fand sich als Complication ein Uterus myomatosus vor, weshalb ausser der Cyste dann auch das Ovarium der anderen Seite exstirpirt wurde. Die 26 multiloculären Cystome waren fast alle sehr gross und machten Schwierigkeiten wegen der oft festen Adhäsionen. 3 mal waren die Tumoren intraligamentär entwickelt.

Einen Fall mit Stieltorsion erlaube ich mir besonders anzuführen: Eine 24-jährige Jüdin, bei welcher in Petersburg ein mannskopfgrosser Ovarialtumor diagnosticirt worden, erkrankt plötzlich in Dubbeln an acuter Peritonitis. 8 Tage später gerufen finde ich eine abgemagerte anämische Frau mit hochaufgetriebenem, schmerzhaftem Leibe, in dem sich deutlich ein Tumor abtasten lässt. Temp. 37,9. P. 128.

Diagnose: Cystoma ovarii mit Stieltorsion. Nachdem sie mit grosser Mühe nach Riga gebracht worden, finden wir bei der Laparotomie einen Tumor von 15 Pfund Schwere, schwarzbraun, weich, mit blutrother und theerartiger Masse gefüllt. 2 fingerdicker Stiel (Ovarium dextr.) nach rechts fest zusammengedreht. Peritoneum streifig injicirt. In der Bauchhöhle reichlich blutiges Exsudat und Fibringerinsel. Glatter Verlauf, nur subfebrile Temperaturen 14 Tage lang: 37,8—38,1. Vollkommen genesen nach späteren Nachrichten.

Ebenso glücklich wie die Ovariotomieen sind die 16 Adnex-Operationen verlaufen. Wir haben nur eine 23-jährige Frau, die 3 Monate bettlägerig, Jahre lang krank und ganz herabgekommen war, verloren. Es handelte sich um eine beiderseitige Salpingo-oophoritis gonorrhoica. Es gelang, beide Adnexe auszulösen, aber der links bereits stattgehabte Eiter-Durchbruch in das linke Parametrium verursachte eine Peritonitis septica, welcher die Kranke nach 4 Tagen erlag.

Wir fanden 1 mal bei einem Uterus myomatos. retroflexus beiderseits einen Ovarialabscess, 1 mal einen mit dem Beckenboden verwachsenen Hydrosalpinx, der eingenäht wurde, während das andere degenerirte und chronisch-entzündete Adnex entfernt wurde (Gonorrh. Affection bei einer jungen Frau), 1 Oophoritis chron. sin., die einem haselnussgrossen gestielten Myoma uteri adhärirte, 1 mal eine orangengrosse Ovarialcyste statt der diagnosticirten Salpingo-Oophoritis. 5 Mal hatten wir es mit einer Salpingo-Oophoritis chron. gonorrh. zu thun, wo die unsäglichen Leiden zur Operation zwangen. Wir fanden dabei fingerdicke geschlängelte Tuben mit spärlichem, käsigem Eiter. Endlich hatten wir 7 Fälle von Pyosalpinx, alle sicher oder wahrscheinlich — im Wochenbett entstanden.

Die Diagnose und Operation dieser Fälle ist gleich schwer. Ist der Pyosalpinx mit eitriger Parametritis complicirt, so verdoppeln sich die Schwierigkeiten. Die armen Frauen aber, die Monate lang, Jahre lang leiden, oft dem Morphium verfallen — können nach gelungener Operation vollkommen genesen und ein neues Leben beginnen. Nachdem wir eine junge Frau, die sich zur Operation nicht entschliessen konnte, zur Morphinistin gemacht hatten, haben wir sie durch die Operation dauernd hergestellt. Eine Frau, die an den Folgen einer eitrigen Parametritis mit Durchbruch in die rechte Inguinalfalte, über ein Jahr gelitten hatte, haben wir durch die Exstirpation eines orangengrossen rechtsseitigen Pyosalpinx der in dicken Schwarten eingebettet war, vollkommen hergestellt. Sie hat darnach wieder ein Kind geboren. Eine zweite ist, ebenso behandelt, ganz genesen, und hat bereits 2 Mal wieder geboren. Aber wir haben bei der Auslösung des Pyosalpinx 2 mal, ohne es wissen zu können, die Darmwand verletzt, denn in dem einen Fall fanden wir beim ersten Verbandwechsel, am 12. Tage, einen macerirten Spulwurm auf den Bauchdecken, der durch einen Stichcanal der Bauchdecken dahingelangt war. Das 2. Mal entfernte die Wärterin in der Nacht

inen lebenden Spulwurm aus einem eiternden Stichcanal der Laparotomiewunde, wohin er in der 5. Woche nach der Laparotomie seinen Weg nahm. In diesen beiden Fällen ist uns überdies im letzten Moment der orangengrosse Eitersack geplatzt. Dies Alles hat aber den beiden Patientinnen nichts geschadet. — Einmal glaubten wir einen malignen Tumor annehmen zu müssen, schlugen dann bei dem 12. Monate dauernden Leiden eine Probelaparotomie vor. Wir fanden einen kindskopfgrossen Pyosalpinx, mit Dünndarm und Dickdarm, mit der Bauchwand verwachsen. Und doch liess sich Alles trennen und der Eitersack auslösen. Auch dieser platzte und ergoss stinkenden Eiter. Das Offenlassen des unteren Wundwinkels und Jodoformgaze-Tamponade hat aber doch Alles glücklich gestaltet und in 6 Wochen die Genesung herbeigeführt.

2 Mal haben wir einen Pyosalpinx auf der einen und einen Hydrosalpinx auf der andern Seite gefunden, 1 Mal einen Pyosalpinx mit einem Ovarialtumor, ein anderes Mal umgekehrt, verwechselt. Das ist unvermeidlich. Wegen der Unsicherheit der Diagnose ist denn auch der Entschluss zur Operation oft sehr schwer.

Zum Schluss möchte ich in aller Kürze über 3 Symphyseotomieen berichten.

Es handelte sich um Frauen von 28 resp. 30 Jahren aus dem Proletariat, zwei Zweitgebärende und eine Drittgebärende. Die erste hatte eine schwere Zangengeburt mit lebendem Kinde, die zweite eine solche mit todtem Kinde, die dritte zwei Wendungen mit 2 todten Kindern erlebt. Die erste operirte ich am 16. Nov. 893, die zweite am 10. Mai 1894, die dritte am 15. Juni 1895. Die beiden ersten brachten die Keime eines Erysipels und einer pyämischen Infection mit, ohne dass ich es wissen konnte, die dritte war aseptisch eingetreten und blieb aseptisch. Nur die zweite hatte kurz vor der Operation erhöhte Temperatur (38,3 C.). Die Conjugata vera betrug bei den ersten Beiden 9 Cent., bei der dritten 8 Cent. (Plattes Becken). Alle 3 Kinder waren ausgetragen, wogen 9 Pfund und hatten einen Kopfumfang von $36^{1}/_{2}$, resp. 37 Cent. Alle 3 Kinder wurden lebend geboren. Das erste Kind, bei welchem ich nach vollzogener Symphyseotomie 4 Stunden lang die Geburt den Naturkräften überliess, sie dann aber mit der Breus-schen Zange, bei hohem Kopfstand, glücklich beendete, starb einige Minuten nach der Extraction. Die beiden anderen Kinder, die ich gleich nach der Operation mit der Breus'schen Zange extrahirte, blieben am Leben. Desgleichen die 3 Mütter, die ich lange darnach vollkommen arbeitsfähig und gehfähig mit gut consolidirter Symphyse gesehen und untersucht habe. Die erste wurde $2^{1}/_{2}$ Monate nach der Operation gesund entlassen, nachdem sie wegen des Erysipels, das 24 Stunden nach der Geburt sich zeigte, 24 Tage lang gefiebert hatte. Die zweite verliess das Krankenhaus nach 7 Wochen, nachdem sie ein 18-tägiges, hohes Fieber mit Abscessbildung in der Muskulatur des rechten Oberschenkels etc. überstanden hatte. Die dritte wurde auf eignen Wunsch schon am 14. Tage als genesen entlassen.

In allen 3 Fällen wurde durch die Symphyseotomie die Perforation des lebenden Kindes resp. der Kaiserschnitt umgangen. Vor der Operation wurde in allen Fällen ein schonender Versuch mit der Breus'schen Zange gemacht. In den beiden ersten Fällen wurde die Symphyse ganz durchschnitten (mit geknöpftem Bistouri nach vorausgegangener Ablösung der Blase und Urethra), die sehr starke Blutung sofort mit Jodoformgaze gestillt und erst die Fascie, dann die Haut mit Seide vernäht. Beim ersten Fall versuchte ich die Knochennaht mit starker Seide. Sie riss. Starkes Catgut hatte ich nicht zur Hand. Silberdraht war von Zweifel widerrathen worden. In den beiden anderen Fällen verzichtete ich sowohl auf die Knochennaht, wie auf den Beckengürtel, (Morisoni), da ich die Beobachtung gemacht hatte, dass die getrennten Symphysen-Enden gut aneinanderliegen, wenn die Wöchnerin die Seitenlage einhält. Das erste Mal, (wo ich den Schnitt übrigens zu tief herab geführt hatte) klaffte die Symphyse gleich nach der Operation auf 4 Cent., während der Zangenoperation auf $6^{1}/_{2}$ Cent., bei der zweiten Pat. auf $5^{1}/_{2}$ Cent., bei der 3. nur auf $2^{1}/_{2}$ bis 3 Cent. Diesmal hatte ich das Lig. arcuatum versuchsweise nicht durchschnitten und beobachtete dabei eine ganz minime Blutung.

Die zweite Kranke, die 30-jährige Anna Sekling, hat nun das Unglück gehabt, 16 Monate nach der Symphyseotomie an schwerer Dysenterie zu erkranken. Ihr vor Kurzem erfolgter Tod setzt mich in den Stand, Ihnen hier die consolidirte Symphyse, ein eigenartiges, wunderbar festes Gelenk vorzuzeigen, welches ich eigenhändig der Leiche entnommen habe (Demonstration). Wenn Sie dies Präparat betrachten, so wird es Ihnen vielleicht schwer fallen zu glauben, dass diese Symphyse ganz durchtrennt, dass auch das Ligam. arcuatum ganz durchschnitten war, dass diese Symphysen-Enden in Folge des Schnittes auf $5^{1}/_{2}$ Cent. geklafft und sich so fest an einander gefügt haben — ohne Knochennaht. Selbst habe ich mich gewundert, wie leicht sich an der Leiche Blase und Urethra abtrennen liessen. Es war keine irgendwie festere Verwachsung vorhanden, so dass einer zweiten Symphyseotomie gar kein Hinderniss entgegengestanden hätte. Ich glaube, dass keine Empfehlung meinerseits so gut der Symphyseotomie das Wort zu reden im Stande wäre, wie dieses anatomische Präparat, welches ich eigenhändig der symphyseotomirten Anna Sekling entnommen habe. In der That glaube ich, dass die Symphyseotomie — trotz aller Widersprüche — in erster Linie dazu berufen ist, auch dem praktischen Arzt die Möglichkeit zu bieten, in schwierigen geburtshülflichen Fällen, wo bisher nur die Perforation des lebenden Kindes oder der Kaiserschnitt indicirt schien, mit den grossen Kliniken zu concurriren in Bezug auf Erhaltung des Lebens der Mutter und des Kindes.

Die Operation ist nicht schwer. Die oft sehr grosse Btutung ist ganz sicher mit Jodoformgaze-Tamponade zu stillen. Die Knochennaht ist entbehrlich bei Einhaltung der Seitenlage.

Im letzten Jahre sind: (v. Frauenarzt Heft 6 (Juni) pag. 262)

in Italien (Morisoni 3, Novi 1, Carusa 1, Pruzzi 1.)
in Frankreich (Pinard 8, Porak 2, Tarnier 1).
im Deutschen Reich (Leopold 2, Freund 1, Zweifel 1)
in Oesterreich (Velits 1).
in Amerika (Ilwett 1, Herst 1, Brovall 1, Michael 1).

von 15 Operateuren 26 Symphyseotomieen gemacht worden — ohne Todesfall.

11. September 1895.

Referate.

Hegar: Diagnose der frühesten Schwangerschaftsperiode Deutsche Med. Wochenschr. 1895. Nr. 35.

Hegar bespricht zunächst die sogenannten unsicheren Schwangerschaftszeichen, die schon bekannt sind, und auf Grund deren man häufig genug die Schwangerschaft in früheren Perioden diagnosticiren kann. Sodann geht H. näher auf das von ihm beschriebene und nach ihm benannte Schwangerschaftszeichen ein: die Compressibilität des unteren Gebärmutterabschnittes. Dieselbe beruht auf einer Erweichung der Uteruswand: Andere deuten das Zeichen so, dass das Ei nicht bis zum Orificium externum herabreiche und die Finger daher oberhalb dieses nur die Wände der Gebärmutter zwischen sich haben, welche dann bei ihrer Weichheit leicht comprimirt werden können. Landau wies eine ähnliche Compressibilität

auch für die Gegend der Tuben nach. Hegar beschreibt nun ein neues Symptom, das er allerdings erst nach den ersten 2 Monaten auffinden konnte. Dieses Zeichen besteht in der Möglichkeit aus der Uteruswand eine künstliche Falte zu bilden durch combinirten Druck mit beiden Händen per vaginam und durch die Bauchdecken. Ob bei dieser Faltenbildung das Ei in toto verschoben wird, oder ob auch die Eihäute in die Falte hineingelangen, und dann nur das Fruchtwasser verdrängt werde, konnte nicht bestimmt werden. Durch solche künstliche Faltenbildung aus der Uteruswand kann aber Abort hervorgerufen werden. Ein in solcher Weise ausgeführter verbrecherischer Abort könnte nur schwer entdeckt und bewiesen werden.

W. Beckmann.

Max Müller. Ueber den Einfluss der Fiebertemperaturen auf die Wachsthumsgeschwindigkeit und die Virulenz der Typhusbacillen. Zeitschrift für Hygiene Bd. XX, pag. 244—280.

Dass das Fieber eine heilende Waffe des erkrankten Organismus im Kampf gegen die Krankheit sei, war die herrschende Ansicht von Hippocrates bis in die Mitte des 19. Dec. — Wachsmuth, Niemeyer, E. Brand, Liebermeister etc. vertraten das Gegentheil «das Fieber als solches bedinge Gefahren und müsse bekämpft werden». Einführung der antipyretischen Behandlung, Hydrotherapie und Medicamente. Neuerdings wieder Zweifel am Werth dieser Therapie, gestützt auf folgende zwei Erfahrungen in der Bacteriologie: 1) durch künstliche Infection (Milzbrand, Erysipel, Diphtherie etc.) erkrankte Thiere lebten länger im Wärmeschrank als in gewöhnlicher Temperatur oder gar abgekühlter. 2) An den meisten pathogenen Bacterien fand sich ein Temperaturoptimum, die mittleren Grade, während Erhöhung der Temp. ihre Virulenz schädigte (Herstellung von Heilvaccinen durch Erhitzung der Culturen). — Aber auch die entgegengesetzten Erfahrungen wurden gemacht. Pinping z. B. fand, dass Pneumoniecoccus Friedländer auch bei 7-tägiger Dauer von 41.5° seine Entwickelungsfähigkeit und Virulenz nicht einbüsste.

M. Müller hat seine Versuche nur an Bacillus Typhi abdominalis angestellt (weil die von ihm veranlasste Krankheit immer mit anhaltendem hohen Fieber einhergeht) ob sich ein schädigender Einfluss der Fiebertemperaturen auf die Vermehrungsgeschwindigkeit der Bacillen nachweisen lässt. Die Vermehrungsgeschwindigkeit betrachtet er als besonders feines Reagens. Die zahlreichen Versuchsweisen des Autors siehe im Original. Resultat: Es findet eine Verlangsamung der Vermehrungsgeschwindigkeit durch Temperaturerhöhung statt, aber so unbedeutend, dass z. B. bei 40° Cels. der Typhusbacillus nur 5 Minuten längere Zeit für die Entstehung einer neuen Generation braucht als bei 37—38° (37 Minuten statt 32 Minuten). Erst bei mehrere Tage andauernder Temperatur von 42—44,5° Cels. vermehren sich die Bacillen nicht mehr und werden sogar abgetödtet.

Auch die Virulenz der Typhusbacillen wird durch Temperat., wie sie beim typhuskranken Menschen gewöhnlich sind, nicht geschwächt.

Ausdrücklich sagt der Autor zum Schluss, dass die Verhältnisse im Körper des typhuskranken Menschen viel zu complicirt sind, als dass es möglich wäre, aus diesen Reagensglasversuchen einen sicheren Schluss auf die Fortpflanzung der Typhusbacillen im Organismus zu ziehen. Aber das geht aus ihnen doch mit Sicherheit hervor, dass eine Temp. von 40° nicht im Stande ist, den Typhusbacillus zu vernichten oder wesentlich in seinem Wachsthum zu beeinträchtigen, wie dies von manchen Autoren als wahrscheinlich hingestellt worden ist.

Somit wäre die antipyretische Therapie berechtigt. Freilich scheinen unsere bisher gebräuchlichen Antipyretica gegen die eigentliche Infection machtlos und in energischer Anwendung vielleicht in anderer Richtung bedenklich. Aber in gemässigter Weise angewandt machen sie mit der Temperaturherabsetzung das Sensorium freier und die Nahrungsaufnahme ausgiebiger und bringen dadurch gewiss Nutzen.

Masing.

E. Breslauer: Ueber die antibakterielle Wirkung der Salben mit besonderer Berücksichtigung des Einflusses der Constituentien auf den Desinfectionswerth. Zeitschrift f. Hygiene Bd. XX, pag. 165—197.

Schon in seinen ersten Untersuchungen über Desinfection vor 14 Jahren fand R. Koch, dass Carbolsäure in Oel gelöst nicht die geringste desinficirende Wirkung habe. Dasselbe fand man später für Salicyl. Thymol etc. — Wie steht es aber mit der Salbenform? Sind die Antiseptica in den gewöhnlichen Constituentien wirksam? Es erwies sich bald, dass Salben von bisher gutem antiseptischen Rufe ganz wirkungslos seien, so Sublimat — Argent. nitr. — Borvaselin, Praecipitatsalbe etc. Da nun aber weder die Chirurgie noch die Dermatologie die Salben entbehren kann, so war es von grosser Bedeutung, ob sich nicht doch eine sicher antiseptisch wirkende Salbe finden lasse.

E. Breslauer hat nun in der dermatologischen Klinik in Breslau ausserordentlich zahlreiche Versuchsreihen mit den gebräuchlichsten Antisepticis in Verbindung mit verschiedenen Salbenconstituentien an zahlreichen pathogenen Bacterien angestellt. Das Detail derselben siehe im Original. Er kommt zum Resultat, dass die Wahl des Salbenconstituens für den antibakteriellen Werth einer Salbe von der höchsten Wichtigkeit ist. Es erwiesen sich Lanolin, und zwar das officinelle — nicht das L. anhydricum — und das Unguentum leniens als die allerbesten Constituentien. Eine 5% Carbol-Vaselinsalbe hatte einen verschwindend geringen Einfluss auf die Bacterienentwickelung gegenüber der sehr wirksamen 5% Carbol-Lanolinsalbe. Ebenso grosse Differenzen zeigten sich zwischen 1‰ Sublimat-Fett und 1‰ Sublimat-Ung. leniens.

Masing.

S. Roberts: A successfull case of transperitoneal uretero-lithotomy. (Annals of Surgery 1895 Sept. p. 363.)

57-j. Frau Leidet an Nierensteincoliken seit ihrem 11 Jahr. Steine sind öfters abgegangen von Kleinlinsengrösse. Jetzt kommen Attacken jede Woche. Schmerzen links. Im Urin etwas (3%) Eiter. Catheterisation der Ureteren. Aus dem linken Ureter kommt kein Urin. Aus dem rechten weder Eiter noch Cylinder. Die Niere wurde durch einen Lendenschnitt blosgelegt und palpirt. Kein Stein. Ureter im oberen Theil fingerdick mit verdickten Wandungen, wird in der Längsrichtung etwas eingeschnitten. Ein Bougie trifft ein Hinderniss weiter unten. Dilatation der Urethra- und Catheterisation des Ureter von der Blase. Die Instrumente kommen nicht in Berührung. Diagnose: Tumor der von aussen auf den Ureter drückt und eine klappenförmige Strictur bewirkt. Naht der Wunden.

Wiederaufnahme am 18. April. Incision in der Mittellinie. Kein Tumor, nur Verdickung des linken ligament. latum dicht an der Beckenwand. Transperitoneale Incision in den Ureter. Lumen frei von Urin, durchgängig zur Blase hin, nierenwärts ein Stein. Derselbe lässt sich durch die Schnittöffnung im Ureter herauspressen. Derselbe ist 7/8 Zoll lang 1/2 Zoll breit. Ureter genäht mit Seide, Peritoneum mit Catgut. Drain. Genesung.

Butz.

T. Lyelston. A case of Hepato-Nephro-Lithotomy. (Annals of Surgery, Ibidem pag. 367).

46 jähriger Mann. Vor 7 Jahren seiner Strictur wegen behandelt. Mehrere Monate viel Eiter im Urin aber keine Nierenerkrankung. Keine Haematurie. Novemb. 1894. Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, Nachtschweisse. Leber vergrössert. Icterus. Temperatur 102—108 Fahrenh. Probepunction befördert Eiter, vorne am freien Rande der Rippen. — Incision nach aussen vom rectus abdominis bis zur crista ilei. Peritoneum verklebt mit Darmschlingen. Letztere adhaerent mit der Vorderfläche der vergrösserten Leber.

Abscess der Leber eröffnet mit dem Paquelin. Aus diesem Leber-Abscess gelangte der Operateur in einen zweiten perinephritischen. Communication des Nierenbeckens mit dem letzteren. Aus dem Nierenbecken werden Steine vom Gewicht 746 gran entfernt. Genesung.

Butz.

M. Robson. The Treatment of spina bifida by plastic operation. (Annals of Surgery 1895 July p. 81).

Der grösste Theil von Fällen von spina bifida sind Meningocelen, nicht Myelocelen, also der Radicalbehandlung zugänglich. Er unterscheidet 1) solche Fälle, wo eine Operation nicht nöthig ist, wo der Sack klein und durch derbe Decken geschützt ist, 2) solche wo die Operation contraindicirt, bei Spaltung des ganzen oder des grösseren Theils der Wirbelsäule, Hydrocephalus und Paraplegie, 3) solche wo die Operation ausführbar. a) Meningocele, ob die Oeffnung im Wirbelkanal gross oder klein ist. Im ersten Fall werden abgesehen von den Weichtheillappen noch meningeale gebildet, im zweiten Falle, wird der Stiel der Meningocele ligirt, und die Weichtheile darüber genäht. b) In Fällen, wo die Deckung dünn und durchscheinend ist, auch wenn dies bis zum Rande des Tumors sich erstreckt ist die Operation anzurathen. Die dünne Decke kann theilweise benutzt werden bei der Bildung der meningealen Lappen, die benachbarte Haut wird unterminirt und über die neugebildeten Meningen gezogen. c) Wo das Rückenmark oder Nerven mit dem Sack verwachsen sind, kann man das Ganze durch Excision und Incision verkleinern und in den Kanal reponiren.

Die Zahl der Fälle ist 20.

Butz.

T. Shepherd. A case of Cholecystenterostomy performed with Murphy's button. Death from Haemorrhage on fourth day. (Annals of Surgery Mai 1895 p. 581).

36 jährige Frau. Jan. 1893 Fieber, Icterus, Schmerzen in dem rechten Abdomen. Nach 4 Monaten Besserung. Im Winter 1894, Schmerzen ohne Icterus. Im July 1894 bemerkte sie eine Schwellung im rechten Hypochondrium und Schmerzhaftigkeit,

Patientin stark reducirt, icterisch. Birnförmiger Tumor in der rechten Seite in Zusammenhang mit der Leber, reicht bis zum Nabel, elastisch, freibeweglich, Percussionsschall gedämpft. — Operation. Ausgedehnte Gallenblase wird incidirt. Galle und Gallensteine entleert. Hinderniss im ductus communis nicht zu entfernen. Bildung einer Gallenblasenfistel. Besserung. Entlassen mit Fistel 29. Sept. 3 Monate später Cholecystenterostomie. Vereinigung der Gallenblase mit dem Colon (weil leichter ausführbar). Die Einführung der Knöpfe ohne besondere Schwierigkeit. Wohlbefinden 4 tagelang. Keine Absonderung von Galle durch die Fistel. Blutung. Bei Eröffnung des Abdomen fand man ein grosses Blutcoagulum an der Anastomosenstelle, Gallenblase durch Blut ausgedehnt. Der Knopf hatte die Wand der Gallenblase durchschnitten, daher die Blutung. Entfernung der Knöpfe. Naht der Gallenblase und Colonwunde. Collaps. Intravenöse Kochsalzlösung. Besserung. Erneute Blutung am nächsten Tage. Tod. — Section. Carcinoma pancreatis.

Butz.

B. Davis. Hernia in the linea alba (Annals of Surgery 1895 April, 464).

42-jähriger Mann. Von 1887—1893 wiederholte Anfälle von Magenschmerzen, Erbrechen, Depression, geringe Temperaturerhöhung, von 3—7-tägiger Dauer. Dieselben werden dem abusus spirituosorum zugeschrieben. Jan. 1895 fand D. in der linea alba 1½ Zoll unter dem processus xyphoideus, einen kleinen cystischen Tumor. Durch Druck wurde er kleiner, beim Husten grösser. Er liess sich ganz zurückbringen. Operirt Jan. d. 5. Inhalt omentum, ein Strang geht unmittelbar in die grosse Curvatur des Magens. Resection des omentum. Etagennaht nach Schlitzung der Rectusscheiden. Genesen nach 10 Tagen.

Butz.

G. Romine. The Cure of constipation by forcible Dilatation of the sphincter ani. (The Therapeutic Gazette Sept. 16. 1895. N. 9 p. 588).

Bei der Peristaltik kommen die Faeces aus dem Coecum in das Colon und fallen herab in das Rectum. Leistet der sphincter Widerstand und sind die Faeces ungenügend verflüssigt um ihn zu passiren, so kommt eine antiperistaltische Bewegung zu Stande, die Masse wird in die flexura sigmoidea zurückbefördert, wo die wässerigen Bestandtheile aufgesogen werden, wo sie bleiben bis ein Abführmittel sie wieder flüssig macht. Resorption von Faecalmassen bedeutet Vergiftung mit all den bekannten Folgen.

Die Dilatation wird in der Narcose gemacht. Die Dehnung macht man bis ein Prolaps der mucosa zu Stande kommt. — Genesung nach 47 Tagen. In 100 Fällen kein mal schlechte Folgen.

Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Löhlein, Gynäkologische Tagesfragen IV. Heft. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann. 1895.

Im 4. Heft seiner gynäkologischen Tagesfragen bespricht Löhlein zuerst die Frage von den Ovarialtumoren und der Ovariotomie in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett Seinen Ausführungen liegen 18 Beobachtungen zu Grunde. Mit der von Spiegelberg und Olshausen vertretenen, und von den meisten Gynäkologen acceptirten Anschauung, dass Ovarialtumoren unter dem Einfluss der Schwangerschaft ein ungewöhnlich rasches Wachsthum eingehen, ist Löhlein nicht einverstanden. Dagegen spricht auch die Thatsache, dass während der Dauer der Schwangerschaft die Thätigkeit der Eierstöcke ruht, während der Fruchthalter seine höchste Leistung entfaltet. Deswegen ist auch der Hinweis auf das schnelle Wachsthum der Geschwülste des Uterus und der Vulva während der Schwangerschaft für die Neubildungen der Ovarien nicht beweisend. Die Richtigkeit der in der Litteratur mitgetheilten Einzelbeobachtungen wird damit aber keineswegs angezweifelt. Der klinisch wichtige Einfluss, den die Schwangerschaft nicht selten ausübt, ist lediglich in den bekannten Störungen und Unterbrechungen der Blutzufuhr und -abfuhr zu suchen, wie solche durch Dislocationen der Geschwülste mit oder ohne Stieltorsion in dieser Zeit zustande kommen. Eine seltene Folge derselben kann eine Art Naturheilung der Neubildung sein durch regressive Vorgänge und Schrumpfung, häufiger resultiren daraus ausgedehnte adhäsive Peritonitiden und intracystöse Blutergiessungen. Die Stieltorsion kommt am häufigsten post partum und im Wochenbett zu Stande. Die Disposition dazu ist in den anatomischen Verhältnissen zu suchen. Der Geschwulststiel ist durch das Emporwachsen des Uterus stärker ausgezogen, die rasche Abnahme des Bauchinhaltes durch die Entleerung des Uterus in Gemeinschaft mit der Schlaffheit und Nachgiebigkeit der Bauchdecken erleichtern ein Hin- und Hersinken des Tumors beim Lagewechsel. Bei der Behandlung ist die künstliche Frühgeburt zu verwerfen; dieselbe kommt nur dann in Frage, wenn sich schwere Krankheitserscheinungen entwickeln, die lediglich durch den Status gravidus bedingt werden (besonders Nephritis gravidarum und ihre Folgezustände). Auch gegen die Punction in der Schwangerschaft spricht sich L. principiell aus. Bei der Neigung zur Bildung ausgedehnter, oft gefässreicher Adhäsionen, zu intracystischer Blutung und Vereiterung haften der in der Schwangerschaft ausgeführten Punction die Gefahren der Darmverletzung und der inneren Blutung in besonderem Grade an. Der Punction ist selbst die palliative Incision vorzuziehen. Die Ovariotomie ist stets auszuführen, während das exspectative Verhalten einer besonderen Begründung bedarf. Während der Geburt kommt die manuelle Reposition der Geschwulst in Frage, dieselbe gelingt am leichtesten in Sims'scher Seitenlage. Gelingt die Reposition nicht, so kann sub partu eine Verkleinerung der Geschwulst durch Punction durchs Scheidengewölbe erstrebt werden (Ruge), oder durch Incision nebst Vernähung der Sackwandung mit der Vaginalwand (Fritsch). Die Infectionsgefahr ist aber eine grosse und ist daher sobald als möglich nach der Geburt die Ovariotomie zu machen. Bei nicht verkleinerbaren Tumoren ist die Ovariotomie sofort auszuführen. Handelt es sich aber um fest verwachsene Geschwülste, die schwer auszuschälen sind, so ist die Sectio caesarea der richtige Eingriff; ob an diese die Ovariotomie sogleich anzuschliessen ist, ist individuell zu entscheiden.

Im 2. Abschnitt beschreibt L einen Fall von Meningocele sacralis anterior als schwere Geburts- und Wochenbettscomplication. Der Fall ist für den Specialisten von grösstem Interesse, hat aber weniger practisches Interesse.

Weiter folgt die Besprechung der Symphyseotomie und ihres Verhältnisses zum Kaiserschnitt und zur künstlichen Frühgeburt. Der Symphyseotomie wird eine gesicherte Stellung unter den geburtshülflichen Operationen zugesprochen, dieselbe ist aber gefährlicher als die künstliche Frühgeburt (12 % Mortalität). Die Symphyseotomie kommt in Betracht bei Becken mit einer C.v. von 6,5–8 Cm. und bis 8,5 Cm. bei allgemein verengten Becken. Ist die C. v. geringer als 6,5 so kommt der Kaiserschnitt bei relativer Indication in Frage. Letzterer hat aber auch dann den Vorzug selbst bei C. v. von 6.5—7,0 und mehr bei allg. verengtem Becken, wenn die möglichst grosse Sicherheit geboten werden soll ein lebendes Kind zu erzielen. Besteht der Argwohn, dass bereits eine Infection stattgefunden habe, so wird bei der Wahl zwischen Schamfugenschnitt und Kaiserschnitt aus relativer Indication ersterem der Vorzug zu geben sein (auch in der Privatpraxis). Enge Becken von 7–8,5 Cm. C. v., bei allgemeiner Verengung bis 9 Cm. Vera bieten zunächst die Indication zur Einleitung der Frühgeburt. Wo es sich um plattes Becken handelt, deren Conjugata die untere Grenze erreicht, empfiehlt es sich, um einen zu frühen Termin der Schwangerschaftsunterbrechung zu vermeiden, durch die Ernährung der Mutter die Fruchtentwickelung zu beeinflussen. (Prochownik). Die Combination von künstlicher Frühgeburt mit der Symphyseotomie soll nichts gewöhnliches sein, und beweist nur, dass man der ersteren zuviel zugemuthet hat, resp. sie zu spät eingeleitet hat. Die prophylaktische Wendung kann die Symphyseotomie nicht ersetzen, wie Leopold behauptet. L. zieht das abwartende Verhalten der Wendung vor: erst wenn wohlüberlegte, mässig kräftige Zangenversuche fehlgeschlagen sind, kann die Symphyseotomie in Frage kommen.

W. Beckmann.

M. Joseph (Berlin). Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig. Verlag v. Georg Thieme. 1895. I. Theil: Hautkrankheiten. II. Auflage. Mit 36 Abbildungen im Text und 3 Photogrammen.

Wir freuen uns, dass der von uns 1892 beim Erscheinen der 1. Auflage ausgesprochene Wunsch, recht bald eine 2. Auflage zu erleben, bereits in Erfüllung gegangen. Es war ja aber auch nicht schwer vorauszusehen, dass ein so kurz und klar gefasstes Handbuch bald allgemeine Anerkennung finden werde.

In der neuen Auflage ist Alles, was die Special-Litteratur in den letzten Jahren gebracht, wiederum in Betracht gezogen und können wir dasselbe wiederum nur den Collegen, die dieses Buch noch nicht kennen, aufs Wärmste empfehlen.

O. Petersen.

E. Remak: Grundriss der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für praktische Aerzte. Mit 19 Holzschnitten. Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenburg, 1895. 196 pag. Preis 4 Mark.

Auf Wunsch der Verlagsbuchhandlung hat der Berliner Professor seine für die 3. Auflage der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde verfassten Artikel über Elektrodiagnostik und -therapie mit einigen vervollständigenden Ergänzungen in Buchform herausgegeben. Durch die propädeutischen Abschnitte erhält auch der unvorbereitete Leser eine genügende Grundlage für das Verständniss der eingehend dargestellten

Untersuchungsmethoden und deren Ergebnisse. Im Widerstreit der Meinungen bei der Beurtheilung elektrotherapeutischer Erfolge nimmt R. einen vermittelnden Standpunkt ein, indem er sich den abwägenden Skeptikern anschliesst. Leider gestattete die encyclopädische Anlage des Werkes nicht dem Verf., seine eigenen reichen Erfahrungen ausführlicher wiederzugeben. Sowohl dem Capitel der Diagnostik wie dem der Therapie ist ein genaues Literaturverzeichniss angefügt, welches für Einzelfragen die Hinweise auf weitere Belehrung giebt. Auch auf die historische Entwickelung der Disciplinen ist ein dem Plane der Arbeit entsprechendes Gewicht gelegt. In den Schlussbemerkungen giebt R. einen elektrotherapeutischen Kurplan, welcher von Allen, die sich dieser Behandlungsmethode bedienen wollen, beherzigt werden sollte.

Jeder Arzt, besonders der Fachgenosse, wird dieses Buch eines Mannes, der seit mehr als zwanzig Jahren an der Entwickelung dieser Wissenszweige rege betheiligt ist, mit Nutzen und Genuss zur Kenntniss nehmen.

Michelson.

R. Müllerheim: Die äussere Untersuchung der Gebärenden. Berlin, Verlag von Coblenz 1895.

Nachdem die Bedeutung der äusseren Untersuchung für die Prophylaxe der Wochenbettserkrankungen allgemein anerkannt ist, darf man wohl von jedem Arzte, der sich mit Geburtshülfe beschäftigt, verlangen, dass er diese Untersuchungsmethoden beherrscht. Eine kurze Anleitung findet der Leser in der Brochüre Müllerheim's. Ausser den schon von Leopold angegebenen Handgriffen weist M. besonders auf die Palpation des unteren Urinsegments hin, der wegen seiner Dünnwandigkeit der Untersuchung wenig Schwierigkeiten bereitet. Ueber die Lage und Stellung des Kindskopfes orientirt man sich am besten durch Bestimmung der Stirn. Eine besondere Wichtigkeit misst M. der Herauspalpirung des Kinnes bei. Im II. Kapitel wird die Bestimmung der Abnormitäten des Beckens durch die äussere Untersuchung, besonders die Inspection, besprochen. Es folgen dann die Merkmale, die uns die äussere Untersuchung bietet, um Schlüsse über den eventuellen Geburtsverlauf zu ziehen: Palpation der Tuben. lig. rotunda, Uterusform, Stand der Gebärmutter. Einige Abbildungen erleichtern das Verständniss des Inhalts des Büchleins, das allen Praktikern empfohlen werden kann.

W. Beckmann.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

593. Sitzung am 3. October 1895.

Vorsitzender Herr Moritz; Secretär W. Beckmann.

1) Herr Beckmann spricht über die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per laparotomiam. (Der Vortrag ist in extenso in Nr. 41 der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift abgedruckt.)

Herr Dobbert: Das vom Vortragenden empfohlene Operationsverfahren ist keineswegs leicht auszuführen, man hat vielmehr bei demselben mit technischen Schwierigkeiten zu kämpfen. Gefahren erwachsen der Pat. besonders durch die Möglichkeit die Ureteren zu unterbinden. Die Tamponade hat mancherlei Vorzüge, bei völligem Abschluss der Peritonealhöhle hat man aber den Vortheil, die Pat. früher aufstehen lassen zu können.

Herr Wasten spricht sich gleichfalls principiell für den Verschluss des Abdomen aus. Eine Collision mit dem Urether kann vermieden werden, wenn man es sich zur Regel macht die Blase weit abzulösen und hoch hinaufzuschieben, auch seitlich von den Ligam. latis muss die Blase oft abgelöst werden.

Vermischtes.

— Ernannt: Der bekannte Chirurg E. Pawlow (früher Professor an der militär-medicinischen Akademie) zum Director und Oberarzt des hiesigen Marienhospitals für Arme; der Gehilfe des Oberarztes am hiesigen klinischen Militärhospital, Dr. Makawejew zum Oberarzt dieses Hospitals.

— Verstorben. Der ausserordentliche Professor der Physiologie an der Universität Jurjew (Dorpat) W. N. Popow.

— Professor M. Afanassjew tritt von der Redaction der «Практическая Медицина» zurück und wird vom nächsten Jahr ab eine medicinische Monatsschrift unter dem Titel «Современная медицина и гигіэна» herausgeben.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. October d. J. 6966 (51 mehr als in d. Vorw.), darunter 816 Typhus — (46 mehr), 766 Syphilis — (48 wenig.). 123 Scharlach — (4 mehr). 76 Diphtherie — (10 mehr), 43 Masern (8 wenig.), und 16 Pockenkranke — (3 mehr) als in der Vorw.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Gottstein und Schleich. Immunität, Infectionstheorie und Diphtherie Serum. Berlin, Springer 1894.

Rohde. Ueber den gegenwärtigen Stand der Frage nach der Entstehung und Vererbung individueller Eigenschaften und Krankheiten. Jena, Fischer 1895.

Bürkner. Die Behandlung der Krankheiten der Eustachischen Röhre. Jena, Fischer 1894.

Cramer. Anatomie der Medulla oblongata und der Brücke. Jena, Fischer 1894.

Eppinger. Die Hadernkrankheit. Jena, Fischer 1894.

Verworn. Allgemeine Physiologie. Jena, Fischer 1895.

Bernstein. Lehrbuch der Physiologie. Stuttgart, Enke 1894.

Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie. XIV. Bd. I. Th. Wien, Hölder 1894.

Mittheilungen aus Kliniken und medicinischen Instituten d. Schweiz, II. Serie. Heft 1—6. Basel. Sallmann.

Gad. Real-Lexicon der medicinischen Propädeutik. Lief. 21—30. Leipzig, Urban und Schwarzenberg 1893.

Eulenburg. Real-Encyclopädie Band IV. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenburg 1894.

Landerer. Mechanotherapie. Leipzig, Vogel 1894.

Passarge. Kröding. Schwund und Regeneration der Haut. Hamburg, Leipzig, Voss 1894.

Mosso. Die körperliche Erziehung der Jugend. Leipzig, Voss 1894.

Ziegenspeck. Massagebehandlung. Berlin, Karger 1895.

Kossel. Behandlung der Diphtherie mit Behrings Heilserum. Berlin, Karger 1895.

Gerber. Syphilis der Nase und des Halses. Ibidem.

Payr. Hallux valgus. Braumüller. Wien. 1894.

Lennander. Apendicitis. Ibidem.

Peters. Manuelle Correctur der Deflexionslagen. Ibidem.

Helferich. Fracturen und Luxationen. München. Lehmann.

Haab. Atlas der Ophtalmoscopie Ibidem.

Bohr. Med. Taschenkalender. Riga. Jonck und Poliewsky.

Дюрсенъ. Спутникъ Гинѣколога. Риккеръ.

Преображенскій. Антисептика. Ibidem.

Крафт-Эбингъ. Судебная Психопатологія. Ibidem.

Moll. Der Hypnotismus. III. Aufl. Berlin, N. Kornfeld 1895.

Bernard. Aerztl. Kunst und Medicinische Wissenschaft. Frankfurt. Alt.

Curschmann. Klinische Abbildungen, Berlin, Springer 1894.

Böhm und Davidoff. Histologie des Menschen. Wiesbaden. Bergmann 1895.

Hasse. Handatlas der Hirn- und Rückenmarksnerven. Wiesbaden, Bergmann 1895.

Psychologische Studien aus Budapest. Wiesbaben. Bergmann 1895.

Benzold. Ohrenheilkunde. Wiesbaden. Bergmann 1895.

Hüetlin. Mnemotechnik der Receptologie. Wiesbaden. Bergmann 1895.

Real-Encyclopädie der ges. Heilkunde. Lief. 31—40. Wien, Urban Schwarzenberg 1894.

Eichhorst. Pathologie und Therapie. Ibidem 1895.

Klinische Zeit- und Streitfragen. Heft 9 und 10.

Martius. Tachycardie. Stuttgart, Enke 1895.

Preyer. Fasciuation. Ibidem.

Brenning. Vergiftungen durch Schlangen. Ibidem.

Däubler. Grundzüge der Tropenhygiene. Lehmann. München 1895.

Boegle. Entstehung organischer Formen. Ibidem.

Boas. Magenkrankheiten. Thieme, Leipzig 1895.

Hirschberg. Bericht über Augenheilanstalt. Berlin.

Nothnagel. Pathologie und Therapie. Wien, Hölder 1895.

Franke. Hauptsätze eines Arztes. München Schöpfring 1895.

Rothe. Psychiatrie in Russland, Leipzig, Deuticke.

Gerster. Behring und sein Heilserum. Stuttgart, Zimmer.

Bericht der Impfstoffgewinnungs-Anstalt in Wien.

Körösi. Statistik der infectiösen Erkrankungen. Berlin, Mühlbrecht 1894.

Tillaux-Tauber. Руководство къ топографической анатомій выпускъ II. Риккеръ 1895.

Вальтеръ. Борьба со слѣпотою въ Россіи. Риккеръ.

Penzold-Stintzing. Частн. Терап. внутренныхъ болѣзней. Риккеръ.

Совинскій. Указатель русской литературы.

Ziemssen. Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser in München, München, Lehmann 1895.

Strassmann. Aseptische Geburtshülfe. Berlin, Karger 1895.

Meyer. Maladies des yeux. Paris, Masson 1895.

Quénu et Hartmann. Chirurgie du Rectum. Paris, Steinheil 1895.
Rochet. Chirurgie de l'Urethre de la Vessie de la Prostate. Paris, Steinheil 1895.
Vierordt. Perkussion und Auskultation, Tübingen, Pietzker 1895.
Dreyfus. Münchener medicinische Abhandlungen. Heft 51, 52, 55—59. München, Lehmann 1894.
Schrenck-Notzing. Beitrag zur Aetiologie der conträren Sexualempfindung. Wien, Hölder 1895.
Helmholtz. Handbuch der Physiologischen Optik. 9.—10. Lfg. Hamburg, Leipzig, Voss 1894.
Arendt. Unterricht in der Chemie. Leipzig, Voss 1895.
Lorenz. Angeborene Hüftverrenkung. Leipzig, Schwarzenberg 1895.
Bebber. Hygienische Meteorologie. Stuttgart, Enke 1895.
Schenck. Physiologisches Practicum, Stuttgart, Enke.
Der Process Czynsky. Stuttgart, Enke 1895.
Der dreiundzwanzigste schlesische Bädertag. Reinerz 1895.
Koch. Das Nervenleben des Menschen. Ravensburg, Mayer 1895.
Biesalsky. Entstehungsweise der Peritonitis. Berlin, Hirschwald 1895.
Raffalowitsch. Homosexualität. Berlin, Kornfeld 1895.
van Erkelens. Strafgesetz und widernatürliche Unzucht. Berlin, Kornfeld 1895.
Tillaux. Топографическая Анатомія. Выпускъ III. Риккеръ 1895.
Никольскій. Благотворныя явленія природы въ организмѣ человѣка. Варшава 1895.
Ротъ. Мышечная сухотка. Москва, Карцевъ 1895.
Penzoldt, Stintzing. Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Риккеръ.
Baumgarten. Pathogene Mikroorganismen 1. Abth. Bruhn, Braunschweig 1894.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis 21. October 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
274	242	516	99	39	92	11	4	12	55	53	48	34	33	27	9	0,

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21. Febris recurrens 2, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 15, Diphtherie 18, Croup 8, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 2, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 5, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 53, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 46. Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 31. October 1895.
Tagesordnung: Discussion über Scoliose.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. November 1895.
Tagesordnung: Dr. Schmitz: Ueber Peritonealtuberculose.

Дозв. ценз. Спб. 28 Октября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 44 St. Petersburg, 4. (16.) November **1895**

Inhalt: Prof. Dr. Karl Dehio: Ueber diaphoretische Heilmethoden. — Auszug aus den Protokollen des deutsch. ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — An die Redaction eingesandte Bücher. — Anzeigen.

Ueber diaphoretische Heilmethoden.

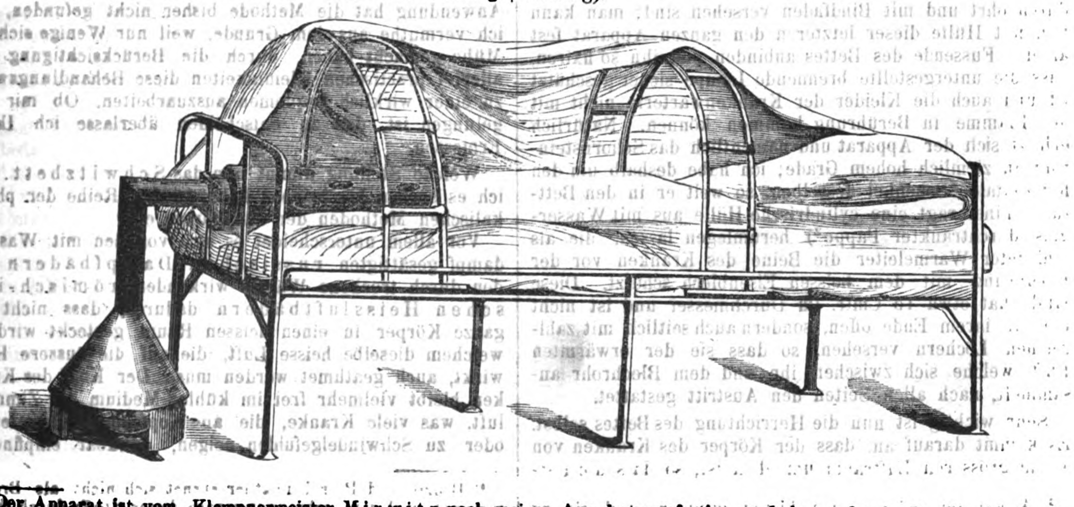
Von

Prof. Dr. Karl Dehio.

Ein am 14. (26.) September 1895 auf dem VII. livländischen Aerztetag zu Wenden gehaltener Vortrag.

M. H.! Als vor 2 Jahren die Cholera ihre Opfer auch bei uns forderte, habe ich vielfach den Versuch gemacht die asphyctischen und algiden Kranken dadurch zu erwärmen und zum Schwitzen zu bringen, dass ich ihnen physiologische Kochsalzlösung intravenös injicirte und zugleich vermittelst einer einfachen Vorrichtung erwärmte Luft unter die Decke des Krankenbettes leitete und somit die Kranken in eine warme Athmosphäre versetzte. Obgleich die therapeutischen Erfolge dieser Behandlung von Cholera ebenso negativ ausfielen, wie alle die unzähligen Versuche, die man sonst bei dieser Krankheit unternommen hat, so habe ich doch die Erfahrung gemacht, dass auf diese Weise sehr energische diaphoretische Wirkungen erzielt werden können. Alle meine Kranken, mochten sie noch so blau und kalt daliegen, wurden in kurzer Zeit warm und geriethen in profusen Schweiss. Ich habe deshalb das von mir geübte Verfahren in den letzten zwei Jahren auch vielfach bei anderen Kranken angewandt und mich stets von der zuverlässigen Wirksamkeit desselben überzeugt. Ich stehe deshalb nicht an, Ihnen dasselbe für alle die Fälle zu empfehlen, wo Sie ihre Kranken rasch und auf bequeme Weise zum Schwitzen bringen wollen.

Erlauben Sie mir nun, den von mir benutzten Apparat[1]) kurz zu beschreiben (cfr. die beigefügte Abbildung).



[1]) Der Apparat ist vom Klempnermeister Mirwitz nach meiner Angabe angefertigt und kann durch die Droguenhandlung von Pfeil in Dorpat (Jurjew) bezogen werden.

Er besteht im Wesentlichen aus einer aus Eisenblech gefertigten Röhre von etwa 7 Cmtr. Durchmesser. Diese Röhre besteht aus 2 im rechten Winkel zusammenstehenden Schenkeln, von denen der eine horizontal, der andere senkrecht verläuft. Der senkrechte Theil der Röhre verbreitert sich nach unten zeltförmig, so dass ein etwa 32 Cmtr. im Durchmesser haltender Raum entsteht, der an seinem Fussende einen thürähnlichen Ausschnitt besitzt, durch welchen eine gewöhnliche Spirituslampe bequem hineingeschoben und wieder herausgelangt werden kann. Dieser zeltförmige Heizraum ruht auf 3 eisernen Füssen derart, dass zwischen dem unteren Rande der Zeltwandungen und dem Fussboden ein etwa fingerbreiter Spalt übrig bleibt, so dass die Luft bequem in den Heizraum von allen Seiten eintreten kann. In diesen Heizraum wird eine brennende Spirituslampe hineingestellt, so dass die von ihr erwärmte Luft unter dem Zeltdach in die Höhe steigen und in die schornsteinähnlich aus demselben sich erhebende Blechröhre hineinströmen muss. Der horizontale Arm der Schornsteinröhre wird vom Fussende des Bettes her, zwischen den Gitterstäben der Fusslehne hindurch unter die Bettdecke und das Oberlacken des Krankenlagers geschoben, so dass er mit etwa zwei Dritteln seiner Länge zwischen die Beine des Kranken zu liegen kommt. Die erwärmte Luft muss somit aus dem Schornsteinrohr in den Bettraum ausströmen. Zum bequemeren Gebrauch des Apparates sind nun noch folgende Vorrichtungen angebracht. Der vertikale Schenkel des Schornsteinrohres besteht aus zwei dicht in einander passenden und auf einander verschieblichen Hülsen, so dass er beliebig, je nach der Höhe des zu erwärmenden Bettes verkürzt und verlängert werden kann. Der horizontale Schenkel kommt dadurch je nach Bedürfniss höher oder niedriger zu liegen. Am Beginn des horizontalen Schenkels befindet sich eine verschiebbare Blechklappe durch welche in derselben Art wie durch die bei den russischen Oefen gebräuchlichen Ofenklappen, die Lichtung des Rohres theilweise oder auch ganz verschlossen werden kann. Dadurch vermögen wir den Zufluss der erwärmten Luft zum Bettraum beliebig zu reguliren. Dieser Blechschieber befindet sich noch ausserhalb der Fusslehne des Bettes, so dass die Stellung desselben regulirt werden kann, ohne dass der Kranke dadurch belästigt wird. Um dem ganzen Apparat und namentlich der Lage des horizontalen Röhrenschenkels Festigkeit und Halt zu verleihen, befindet sich am letzteren da, wo er zwischen den Sprossen der Fusslehne des Bettes liegt, ein eiserner Querstab, dessen Enden durchbohrt und mit Bindfaden versehen sind; man kann nun mit Hülfe dieser letzteren den ganzen Apparat fest an das Fussende des Bettes anbinden und ihn so fixiren, dass die untergestellte brennende Lampe sicher geschützt ist und auch die Kleider der Krankenwärterin nicht mit der Flamme in Berührung kommen können. Natürlich erhitzt sich der Apparat und namentlich das Schornsteinrohr in ziemlich hohem Grade; ich habe deshalb um den horizontalen Schenkel desselben, so weit er in den Bettraum hineinragt eine cylindrische Hülle aus mit Wasserglas durchtränkter Pappe[2]) herumlegen lassen, die als schlechter Wärmeleiter die Beine des Kranken vor der Berührung mit dem heissen Eisenblech schützt. Diese Hülle hat etwa 15 Cmtr. im Durchmesser und ist nicht blos an ihrem Ende offen, sondern auch seitlich mit zahlreichen Löchern versehen, so dass sie der erwärmten Luft, welche sich zwischen ihr und dem Blechrohr ansammelt, nach allen Seiten den Austritt gestattet.

Sehr wichtig ist nun die Herrichtung des Bettes selbst. Es kommt darauf an, dass der Körper des Kranken von einem grösseren Luftraum umgeben ist, so dass die Perspiration ungehindert von Statten gehen kann. Es werden deshalb zwei halbrunde Bügel, wie sie z. B. zur Befestigung der Eisbeutel bei der Behandlung der Peritonitis benutzt werden, etwa in der Höhe der Kniee und des Epigastrium des Kranken quer über das Bett gespannt, an die Seitenstäbe des Bettgestelles angebunden und aus Laken und Decken über diese Bügel gebreitet. Die Decken werden mit Heftnadeln an die Fusslehne so befestigt, dass ein möglichst fester Verschluss gegen die Aussenluft zu Stande kommt, wobei namentlich um das Ende der Papphülse herum die Decken fest gestopft werden müssen. Dasselbe geschieht auch an den Seiten des Bettes und oben werden die Decken um den Hals und hinter die Schultern des Kranken gesteckt. Gewöhnlich brauche ich hierzu zwei Decken. So entsteht ein abgeschlossener, zeltähnlicher Hohlraum, in welchem der Kranke so liegt, dass nur der Kopf sich in der kühleren Aussenluft befindet, der ganze übrige Körper aber in dem Heissluftbade liegt. Da die Patienten stark schwitzen, ist es zweckmässig zwischen das Pfühl und Unterlacken noch ein Gummituch zu breiten. In der Abbildung sind Decke und Oberlacken von der einen Seite zurückgeschlagen, um den ganzen Apparat sichtbar zu machen, im Uebrigen ist aus derselben die Einrichtung des Schwitzbettes leicht verständlich.

Vielfache Temperaturmessungen haben mir gezeigt, dass durch eine mittelgrosse Spiritusflamme[3]) binnen 15 bis 20 Minuten mit Leichtigkeit eine Wärme von 40 bis 50° C. und sogar noch mehr im ganzen Innenraum des Bettes erzeugt werden kann.

Ich bin mir nun, meine Herren, dessen sehr wohl bewusst, dass ich mit dieser Einrichtung nichts Originelles ersonnen habe; der Versuch, die Kranken durch Zuleitung warmer Luft zu erwärmen und schwitzen zu lassen, ist schon vielfach gemacht worden. Ich erinnere nur an die in vielen grösseren Hospitälern gebräuchlichen sogenannten Dampfkästen, die ja auch mit trockener, heisser Luft gefüllt werden können (Etuves sèches). Auch die Zuleitung warmer Luft in die Krankenbetten selbst, in der Art, wie ich sie übe, ist schon vor mir öfter ausgeführt worden. Soviel mir bekannt, haben z. B. Fiedler in Dresden, ferner Eichhorst in seinem bekannten Lehrbuch, Scholz in seiner noch zu citirenden Monographie über die Behandlung der Bleichsucht und Jacobsohn in der Zeitschr. für Krankenpflege Juli 1893 ähnliche Vorrichtungen beschrieben. Die Franzosen haben für einen derartigen Wärmeofen den eleganten Namen «Phenix à air chaud» erfunden. Allein eine ausgebreitetere Anwendung hat die Methode bisher nicht gefunden, wie ich vermuthe aus dem Grunde, weil nur Wenige sich die Mühe gemacht haben, durch die Berücksichtigung von allerlei practischen Kleinigkeiten diese Behandlungsweise zu einer wirklich bequemen auszuarbeiten. Ob mir das gelungen ist, das zu entscheiden überlasse ich Ihrem Ermessen.

Welche Stellung nimmt nun das Schwitzbett, wie ich es soeben beschrieben habe, in der Reihe der physikalischen Methoden der Diaphorese ein?

Vor allem unterscheidet es sich von den mit Wasserdampf gesättigten russischen Dampfbädern und den durch trockene Wärme wirkenden römisch-irischen Heissluftbädern dadurch, dass nicht der ganze Körper in einen heissen Raum gesteckt wird, in welchem dieselbe heisse Luft, die auf die äussere Haut wirkt, auch geathmet werden muss. Der Kopf des Kranken bleibt vielmehr frei im kühlen Medium der Zimmerluft, was viele Kranke, die an Kopfcongestionen leiden oder zu Schwindelgefühlen neigen, dankbar empfinden;

[2]) Asbestpappe eignet sich hierzu weniger, weil sie zu weich ist.

[3]) Benzin und Petroleumäther eignet sich nicht als Brennmaterial, weil die Verbrennungsgase dieser Stoffe durch ihren unangenehmen Geruch die Kranken belästigen.

es wird ferner dadurch, dass die kühlere Zimmerluft geathmet wird, die Wärme- und Feuchtigkeitsabgabe durch die Lungen nicht behindert, während im russischen Dampfbade Beides, sowohl die Wärmebindung durch Wasserverdunstung, als auch die Wärmeabgabe durch Strahlung an die kühlere Athmungsluft innerhalb der Lungen fortfällt, und im römisch-irischen Bade wenigstens das letztere dieser beiden Momente nicht zur Geltung kommen kann. Da nun unter gewöhnlichen Verhältnissen etwa 15% der gesammten Wärmeabgabe des Körpers durch die Lungen erfolgt, so ist ersichtlich, dass im Schwitzbett, wo die Wärmeabgabe auf dem Wege der Athmung nicht behindert ist, eine bedeutend geringere Wärmestauung innerhalb des Körpers bewirkt wird, als in den Heissluft- und vollends in den allgemeinen Dampfbädern. Die letzteren unterscheiden sich übrigens in einem noch viel wichtigeren Punkt von meinem Schwitzbett. Der mit Feuchtigkeit gesättigte mehr als körperwarme Raum des Dampfbades verhindert nicht nur die Wärmeabgabe durch die Lungen, sondern ebenso auch die Verdunstung des Schweisses auf der gesammten Körperoberfläche. Jegliche Wärmebindung durch Feuchtigkeitsabdunstung ist also unmöglich und somit der Organismus des wichtigsten Mittels beraubt, durch das er sich gegen die plötzliche Vermehrung seiner Eigenwärme schützen kann. Daher sehen wir denn auch, dass bei gleich hohen Temperaturen im russischen Dampfbad, im römisch-irischen Heissluftbad und im Schwitzbett, die Bluttemperatur im Körperinneren sich nicht gleich verhält, sondern im Dampfbad am raschesten und höchsten, im Schwitzbett am langsamsten und am wenigsten ansteigt.

Eine Mittelstellung zwischen dem russischen Dampfbad und dem Schwitzbett nehmen die sogenannten Dampfkastenbäder ein, bei denen sich zwar der Körper im heissen Dampf befindet, Kopf und Lungen aber nicht unter der Dampfathmosphäre stehen.

Am meisten ähneln dem Schwitzbett die Etuves sèches insofern sie auch nur auf den Rumpf und die Extremitäten die Hitze in trockener Form wirken lassen. Aber sowohl die Dampfkästen als die trockenen Kästen verlangen, dass der Patient im Stande sei, das Bett zu verlassen und sich längere Zeit in sitzender Stellung zu erhalten, während bei der Anwendung des Schwitzbettes die Kranken kaum gerührt zu werden brauchen und höchstens von ihrem gewöhnlichen Lager auf das Schwitzbett gehoben werden.

Von allen genannten diaphoretischen Verfahren ist also das Schwitzbett das schonendste und mildeste.

Die physiologischen Wirkungen desselben lassen sich leicht beurtheilen.

Das allmähliche Ansteigen der Temperatur im Bettraum wirkt auf die ganze Oberfläche des Körpers als ein milder aber anhaltender Wärmereiz, durch welchen eine sehr bedeutende Dilatation des gesammten Capillarnetzes der Haut mit den zugehörigen feinsten und feinen arteriellen und venösen Gefässen bewirkt wird; die Haut gewinnt eine immer lebhaftere Röthe und eine dem grösseren Blutreichthum entsprechende Turgescenz. Plethysmographisch lässt sich eine Volumszunahme der Extremitäten leicht nachweisen. Dem entsprechend muss die Blutfülle der inneren Organe sinken und etwaige Stauungen in denselben abnehmen; der ganze Körper erfährt also eine tiefgreifende Aenderung seiner Blutvertheilung, indem das Blut in grösseren Massen zur Peripherie und den Extremitäten strömt. Entsprechend der Verminderung der Widerstände in diesen weiten Gefässgebieten sinkt der Blutdruck in den Arterien des grossen Kreislaufes und das Herz arbeitet gegen einen geringeren Aortendruck. Der gleichmässige thermische Hautreiz bewirkt übrigens auch reflectorisch eine Herabsetzung des Tonus der vasomotorischen Centra, welche gleichfalls zur Erniedrigung des arteriellen Blutdrucks beiträgt.

So lange es noch nicht zu einem stärkeren Schweissausbruch gekommen ist, muss mit physikalischer Nothwendigkeit die Wärmeabgabe durch die Haut im Schwitzbett vermindert sein; ja — sobald die Temperatur der äusseren Luft höher wird als die Körpertemperatur, muss sogar der Organismus, wenigstens bei trockner Haut, von aussen Wärme aufnehmen. Deshalb sehen wir stets die Temperatur des Körpers nicht blos an der Peripherie sondern auch in der Axelhöhle und im Mastdarm steigen; meist ist dieser Anstieg nur mässig und geht selten über 38,5 bis 39,0° hinaus. Höhere Temperaturen habe ich nur ausnahmsweise z. B. bei einem Diabetiker beobachtet, der auf keine Weise zum Schwitzen zu bringen war und der nach einem ca. einstündigen Aufenthalt im heissen Bett in der Axilla 39,3° C. zeigte bei einer Temperatur des Bettraumes von 47° C.

Nachdem die Bluttemperatur um etwa 1—1½ Grad gestiegen ist, erfolgt reichlicher Schweiss und dieses Zusammentreffen der Temperaturerhöhung mit dem Schweissausbruch weist wohl darauf hin, dass die gesteigerte Körper- resp. Blutwärme es ist, welche die Schweisscentra zur intensiven Thätigkeit anreizt. Dass der locale, thermische Hautreiz nicht allein die Ursache ist, welche die Haut zum Schwitzen bringt, wird schon dadurch bewiesen, dass auch das Gesicht, besonders Stirn und Wangen, die ja durchaus nicht der heissen Luft ausgesetzt sind, hochroth werden und sich mit dicken, tropfenden Schweissperlen bedecken.

Die Menge des abgesonderten Schweisses, welche durch Wägungen des Kranken vor und nach dem Schwitzen mit genügender Sicherheit festgestellt werden kann, ist je nach der Höhe und Dauer der Temperatur des Schwitzbettes und der Individualität des Patienten sehr verschieden. Bei 45 bis 50° C. im Bettraum und zweistündiger Dauer der Erwärmung können 1—2 Liter Schweiss ausgeschieden werden, wenn man aber den Kranken vorher reichlich warmes Getränk geniessen lässt, so steigt die Menge des producirten Schweisses oft auf's Doppelte. Sehr regelmässig kann man beobachten, dass der diaphoretische Effect des Schwitzbettes die ersten 2—3 Male nur gering ausfällt, später aber so reichlich wird, dass die Kranken wie in Schweiss gebadet und die Unterlagen und Betttücher völlig durchnässt sind. Wenn es sich um nicht hydropische Kranke handelt, so wird dieser starke Wasserverlust sehr bald durch Durst und vermehrte Flüssigkeitsaufnahme ausgeglichen

Was das Herz betrifft, so bewirkt die Steigerung der Blutwärme und die thermische Reizung der Haut bei nicht herzkranken Individuen regelmässig eine nicht unbedeutende Erhöhung der Frequenz des Pulses, die oft von 60—70 auf 100 bis 120 Schläge p. min. steigen kann; die Radialarterie ist dabei weit, die Welle ziemlich hoch und von etwas dicrotem Charakter. Das Schwitzbett übt also offenbar einen reizenden Einfluss auf den automatisch-motorischen Apparat des Herzens aus und trotz der Herabsetzung des Blutdruckes werden wir, da das Herz frequenter schlägt, wohl kaum von einer Erleichterung oder Verminderung der Herzarbeit während des Schwitzens reden dürfen.

Wie der Puls, so wird auch die Athmungsfrequenz durch das Schwitzbett vermehrt, was wohl zum Theil auf reflectorische Erregung des Athmungscentrums durch den thermischen Hautreiz, zum Theil aber wohl auf eine directe Reizung desselben durch die erhöhte Eigenwärme des Blutes zurückzuführen ist.

Sie sehen also, m. H., dass wir durch das Schwitzbett eine ganze Reihe von physiologischen Functionen sehr energisch beeinflussen können. Der Blutdruck sinkt, die Blutvertheilung im Körper unterliegt einer fundamenta-

len Aenderung, die Frequenz der Herzschläge und der Athmung steigt und die Haut transpirirt und scheidet grosse Mengen von Flüssigkeit aus. Da ist es denn wohl selbstverständlich, dass auch der Stoffwechsel ein anderer wird. Ich selbst habe zwar in dieser Beziehung keine Untersuchungen angestellt, aber die Beobachtungen von Godlewsky[4]), Argentow[5]), Frey[6]). Schleich, Topp[7]) und Andern mehr haben den Beweis geliefert, dass die Ausscheidung des Harnstoffes bei gleichbleibender Nahrungszufuhr und bei Personen, die sich im Stickstoffgleichgewicht befinden, durch Schwitzbäder bedeutend vermehrt wird. — Noch bedeutender ist die Vermehrung der ausgeschiedenen Harnsäure, welche das Doppelte und Dreifache des Normalen betragen kann. Wird hierdurch eine gesteigerte Umsetzung der Eiweissstoffe bewiesen, so besteht kein Zweifel, dass auch das Fett einer energischen Verbrennung unterliegt. Dasselbe gilt wahrscheinlich auch für die Kohlehydrate. Dem entsprechend muss die O-Aufnahme und die CO_2-Ausscheidung durch die Athmungsluft vermehrt sein. Diese Beschleunigung des Stoffumsatzes findet sich nun nicht blos an den Tagen, wo die Kranken das Schwitzbett benutzt haben, sondern hält noch mehrere Tage später an. Daher sehen wir denn auch stets, dass Kranke, welche sich bei der gewöhnlichen Hospitalkost im Gleichgewicht der Ernährung befinden, auch wenn sie nicht hydropisch sind, bei einem anhaltenden Gebrauch des Schwitzbettes magerer werden und an Körpergewicht verlieren. Die gewaltige Steigerung der Oxydationsvorgänge während des Schwitzens muss natürlich mit einer vermehrten Wärmeproduction einhergehen und wir werden daher die Erhöhung der Körpertemperatur, welche im Schwitzbett zu Stande kommt, nicht lediglich auf die Wärmestauung, sondern zum Theil auch auf die erhöhte Wärmeproduction zurückführen müssen.

In der Regel habe ich meine Kranken zwei Stunden lang schwitzen lassen. Wenn man sie dann, wie ich das immer gethan habe, sich allmählich abkühlen lässt, indem man das Lämpchen im Wärmeofen auslöscht, aber die Kranken noch etwa $^1/_4$ Stunde ruhig im allmählich kühler werdenden Schwitzbett liegen lässt, so kehren die Functionen langsam, im Laufe von 2—3 Stunden zur Norm zurück. Das Herz beruhigt sich, die Pulswelle gewinnt ihr gewöhnliches Aussehn wieder, die Athmung wird langsam, die Haut blasser, der Schweiss hört auf. Ein gewisser Turgor der Haut, die sich weicher und elastischer anfühlt, ist auch am anderen Tage noch zu bemerken und lässt darauf schliessen, dass die durch das Schwitzen erzielte Aenderung der Blutvertheilung und der grössere Blutreichthum der peripheren Körpertheile noch lange anhält. Meist fühlen sich die Kranken nach der diaphoretischen Procedur erfrischt und wohler als vorher, und nur selten klagen sie über etwas Frösteln das durch eine wärmere Decke leicht beseitigt wird.

Die Effecte, die sich durch das Schwitzbett erzielen lassen, sind also folgende:

1) Eine tiefgreifende Aenderung der Blutcirculation und der Blutvertheilung im Körper, die mit einer Herabsetzung des Blutdruckes verbunden sind.

2) eine energische Wasserentziehung durch Anregung der Schweissproduction.

3) eine lebhaftere Steigerung des Gesammtstoffwechsels und vermehrter Verbrauch der Körpersubstanz.

Hieraus ergeben sich die Indicationen für die Anwendung des Schwitzbettes.

[4]) Argentow. Wratsch 1893. № 11 citirt nach der Petersb. med. W. S. 1893.
[5]) Godlewsky. Wratsch. 1883. № 5 referirt in der Petersb. med. W. S. 1883.
[6]) Frey. Die Schwitzbäder in physiolog. u. therapeut. Beziehung. Volckman's Sammlung klin. Vorträge 1889. № 332.
[7]) Topp, Therapeut. Monatshefte 1894. I. u. II. Heft.

Es ist natürlich nicht meine Absicht, Ihnen alle die krankhaften Zustände aufzuzählen, bei denen dasselbe benutzt werden kann. Es sei mir nur gestattet, Ihnen einige Erfahrungen mitzutheilen, die ich mit dieser Behandlungsmethode gemacht habe.

In erster Linie habe ich das Schwitzbett als wasserentziehendes Mittel beim Hydrops der Nierenkranken angewandt. Dass in diesen Fällen durch alle Arten der Diaphorese gute Erfolge erzielt werden, ist ja bekannt. Es ist daher verständlich, dass auch das Schwitzbett sich trefflich bewährt hat. Ich muss aber betonen, dass dasselbe viel bequemer und leichter anwendbar ist, als alle die früher in meiner Klinik benutzten diaphoretischen Methoden, wie heisse Bäder, hydropathische Einwickelungen und dergleichen und dass ich aus diesem praktischen Grunde das Schwitzbett allen anderen Verfahren bei Weitem vorziehe. Ein paar Beispiele mögen die Wirksamkeit desselben illustriren.

Fall I. Nephritis post scarlatinam.

Karl K. 30 Jahr alt. Landarbeiter. Erkrankte am 23. December an Scharlach mit starker Angina und mässigem Exanthem. Die Krankheit verlief anfangs regulär. In der zweiten Woche zeigten sich angeblich die ersten Oedeme. Da dieselben trotz der Behandlung mit warmen Bädern nicht verschwanden, so trat Patient am 30. Januar, also am 37. Krankheitstage in die Hospitalklinik ein.

Status präsens: Kräftig gebauter Mensch, diffuser Bronchialkatarrh; an der Herzspitze ein accidentelles, blasendes Geräusch, zweiter Herzton gespalten. Sichtbare Schleimhäute etwas cyanotisch. Starke Oedeme des ganzen Körpers. Körpergewicht 173 Pfund russisch = 71 Kilo. Mässiger Durchfall. Urin spärlich, trübe, blutig, enthält 1,5 pro mille Eiweiss und im Sediment hyaline und granulirte Cylinder, rothe Blutkörperchen, Nierenepithelien.

Vom 38. Krankheitstage an erhält Patient täglich auf zwei Stunden das Schwitzbett, welches regelmässig bis zum 49. Krankheitstage gebraucht wird.

Der Erfolg ist aus folgender Tabelle ersichtlich.

Krankheitstag	Tägliche Urinmenge	Körpergewicht	Behandlung
38.	500	173 Pfund	—
39.	800	— »	—
40.	590	— »	Schwitzbett
41.	800	— »	»
42.	1190	160 »	»
43.	2000	— »	»
44.	2400	— »	»
45.	2890	— »	»
46.	3040	159 »	»
47.	3250	— »	»
48.	3300	— »	»
49.	3200	150 »	—
50.	—	— »	—

Am 50. Krankheitstage fühlte Patient sich sehr wohl, der Bronchialkatarrh war geschwunden und die Oedeme waren, bis auf ganz geringe Reste an den Malleolen, nicht mehr vorhanden. Der reichlich entleerte Urin enthielt aber noch Spuren von Eiweiss.

Man sieht aus der Tabelle, wie entsprechend der Abnahme der Oedeme das Körpergewicht sinkt. Durch das Schwitzbett wurde jedes Mal eine sehr reichliche Diaphorese erzielt. Zugleich ist ersichtlich, wie während der Kur die tägliche Menge des Urins wächst und bis zu übernormalen Quantitäten aufsteigt.

Leider verliess der Kranke am 50. Krankheitstage das Hospital, bevor der Urin ganz eiweissfrei geworden war; das subjective Befinden war so gut, dass Patient sich für arbeitsfähig hielt und sich nicht mehr in der Klinik zurückhalten liess.

Fall II. Nephritis acuta.

Mathias A. 44 a. n. Landarbeiter.

Patient hat vor 6 Jahren wegen geschwollener Beine 3 Wochen auf der medicinischen Klinik krank gelegen und ist danach als völlig genesen entlassen worden. — Vor 10 Tagen ist er ziemlich plötzlich mit Schmerzen in der Brust und der rechten Lungengegend erkrankt, später begannen die Beine und der Bauch anzuschwellen und es stellten sich

Kopfschmerzen ein. Der Zustand verschlimmerte sich stetig, so dass Patient sich am 5. Juni des Jahres in die Hospitalklinik aufnehmen liess.

Es fand sich eine sehr hochgradige hydropische Schwellung der Beine, der Genitalien und der unteren Hälfte des Rumpfes, Kurzathmigkeit, Bronchialkatarrh. Am Herzen keine Veränderungen, Puls normal, keine auffallende Cyanose. Mässiger Ascites

Die tägliche Urinmenge sehr gering. Der Urin trübe, hochgestellt, c. 2 p. m. Eiweiss (n. Essbach) enthaltend; im wolkigen Sediment zahlreiche hyaline und granulirte Cylinder.

Ordination: Milchdiät; täglich ein Schwitzbett.

Datum	Tägliche Urinmenge	Eiweissgehalt	Körpergewicht	Behandlung
5. Juli	—	—	189 Pfund	Schwitzbett
6. »	1400	2 p. mille	— »	»
7. »	—	1,5 » »	187 »	»
8. »	800	1,0 » »	— »	»
9. »	1200	1.0 » »	173 »	»
10. »	3600	0,8 » »	— »	»
11. »	2700	1,0 » »	— »	»
12. »	2900	1,2 » »	161 »	»
13. »	2900	0,7 » »	— »	—

Sogleich vom ersten Mal an transspirirte Patient sehr stark im Schwitzbett und fühlte sich nach demselten sehr erleichtert. Vom 5. Tage der Behandlung stieg die tägliche Urinmenge über die Norm, der Eiweissgehalt und die Nierencylinder verminderten sich zwar, aber schwanden nicht ganz, die hydropischen Erscheinungen nahmen rasch ab und waren am 12. Juli ganz geschwunden; dementsprechend hatte sich das Körpergewicht um 28 Pfund = 11½ Kilo vermindert. Patient fühlte sich ganz wohl und verliess das Hospital mit einer schwachen, aber noch bestehenden Albuminurie.

täglich ein kaltes Fussbad von [illegible] Danach bedeutende Verschlimmerung [illegible] Patientin am 3. Juli die Hospitalklinik [illegible]

Status präsens. Mittelmässiger [illegible] blasse Schleimhäute. Sehr hochgradiger [illegible] Athemnoth, doppelseitiger Hydrothorax, der [illegible] an die Schulterblattwinkel reichende Dämpfung [illegible] stand des Zwerchfells, starker Ascites, Puls [illegible] rein. Extremitäten kühl und etwas cyanotisch. [illegible] flüssige Stühle.

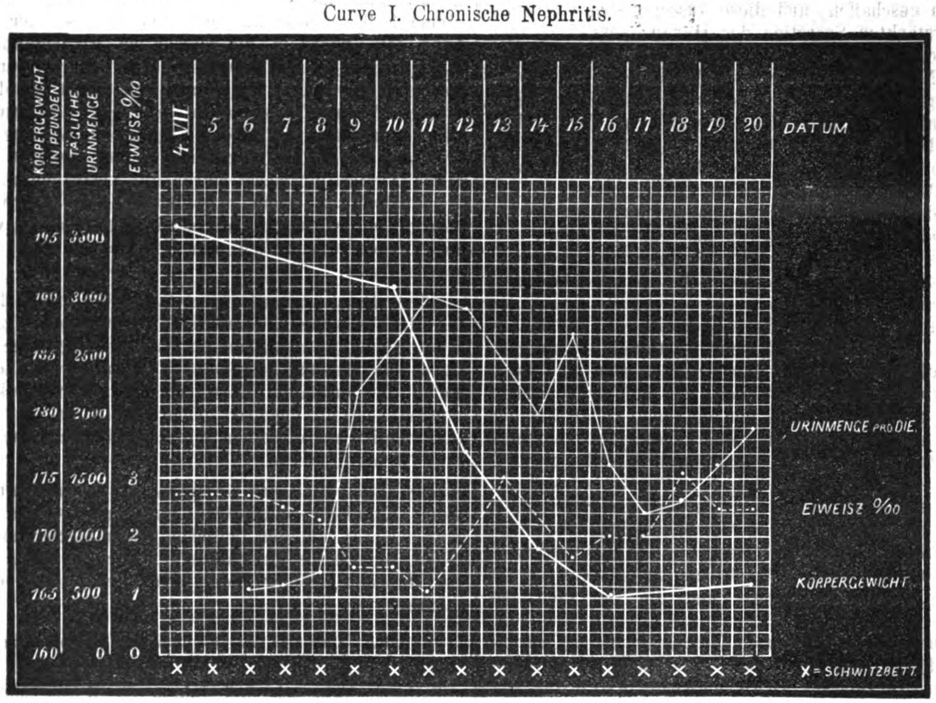
Urin spärlich, gelb, trübe; p. sp. 1017. Reichlicher [illegible] gehalt 2¾ p. mille nach Essbach. Im Sediment [illegible] thelien, hyaline Cylinder. Reichliche Leucocyten ([illegible] katarrh).

Ordination: Milchdiät. Spirit. aether. Hoffmanni. Täglich ein Schwitzbett von 2-stündiger Dauer.

Der Erfolg der Behandlung ist aus der Curve I ersichtlich, welche das Körpergewicht, die tägliche Harnmenge und den Eiweissgehalt des Urin's angiebt.

Was den Effect des Schwitzbettes in diesem Fall anlangt, so ist zu bemerken, dass die ersten 3 Male durch dasselbe nur eine geringe Diaphorese erzielt wurde. Doch fühlte sich Patientin dabei sehr wohl und gab an, dass die Erwärmung der Extremitäten während desselben ihr sehr angenehm sei. Ueber Beschwerden von Seiten des Herzens wurde nicht geklagt. Vom 4. Tage der Behandlung erst begann die Kranke im Schwitzbett stark zu schwitzen und gleichzeitig stellte sich eine sehr bedeutende Steigerung der Diurese ein. Hand in Hand mit der verstärkten Wasserausscheidung durch Haut und Nieren gingen die hydropischen Erscheinungen zurück und das Körpergewicht nahm rasch ab. Am 12. Tag der Behandlung waren die Oedeme geschwunden und Patientin verbrachte von nun an einige Stunden des Tages ausserhalb des Bettes. Die Cyanose liess nach, der Puls wurdè voller und die Extremitäten waren weniger kühl. Auch die Durchfälle schwanden nun. Trotz dieser allgemeinen Besserung und obgleich die Oedeme verschwunden waren, wurde doch mit der Schwitzkur fortgefahren und es ist nun sehr charakteristisch, dass, obgleich Patientin nach wie vor stark schwitzte, doch das Körpergewicht nicht weiter sank, sondern sich auf gleicher Höhe erhielt; offenbar wurde das durch die Haut ausgeschiedene Wasser durch vermehrtes Trinken ausgeglichen. Auch die Diurese, welche, so lange noch Oedeme vorhanden waren, sehr reichlich war, sank auf die Norm und hielt sich trotz des fortgesetzten Schwitzens dauernd auf derselben. Der procentische Eiweissgehalt des Urin's stieg und fiel im umgekehrten Verhältniss zur täglichen

Curve I. Chronische Nephritis.



Fall III. Chronische Nephritis mit Uebergang in secundäre Schrumpfniere.

Frau Julie P. 35 a. n.

Hat 6 Mal geboren, zuletzt im April 1894. Drei Monate nach der letzten Geburt bemerkte sie eine Anschwellung ihrer Füsse und Unterschenkel, und es wurde damals eine Nierenkrankheit (Eiweiss im Urin) constatirt. Heisse Bäder brachten nur geringe Besserung. Immerhin ist Patientin bis zum Sommer 1895 stets auf den Füssen gewesen und hat ihren Haushalt besorgt. Vor 3 Wochen stellten sich Schmerzen in der Brust und im Bauch ein und Patientin hat wegen der stärker werdenden Schwellung der Füsse auf den Rath einer Freundin

Urinmenge; es folgt daraus, dass der tägliche Eiweissverlust durch die Nieren unabhängig von der stärkeren oder geringeren Diurese sich permanent auf ziemlich gleicher Höhe hielt.

Am 17. Tage der Behandlung musste Patientin, welche sich ganz wohl fühlte und sich für arbeitsfähig hielt, auf ihren Wunsch entlassen werden.

Diese Krankengeschichten bieten manches Lehrreiche. Zunächst ersehen wir aus ihnen, dass alle Kranke trotz des starken Schwitzens bedeutend grössere Harnmengen ausscheiden als bisher. A priori sollte man das Umgekehrte erwarten. Die Schwitzkur wirkt also bei den hydropischen Kranken nicht nur als ein unfehlbares Diaphoreticum, sondern zugleich als ein sehr energisches Diureticum, und diesem Umstande haben wir mit das rasche Schwinden der Oedeme zu verdanken. Gegenüber den medicamentösen Diureticis besitzt die Schwitzkur den nicht zu unterschätzenden Vorzug, dass sie sicherlich keinerlei das Nierenparenchym reizende oder schädigende Wirkung besitzt und daher auch in solchen Fällen angewandt werden kann, wo wir vor Kali aceticum, Juniperus, Calomel und auch vor dem Diuretin Bedenken hegen. Wir wissen nichts Genaueres über die Veränderungen der Blutcirculation in den Nieren während der Schwitzkur und nur das Eine dürfen wir mit Sicherheit annehmen, dass nämlich eine etwaige Stauungshyperämie in den Nieren durch das Schwitzbett vermindert oder beseitigt wird. Offenbar werden günstigere Verhältnisse für die Stromgeschwindigkeit des Blutes in dem complicirten Capillarsystem der Nieren geschaffen und diese äussern sich wiederum in der verstärkten Secretion des Harnwassers. Dass aber deshalb nicht ohne Weiteres auf die Heilung oder Besserung der Nierenerkrankung als solcher geschlossen werden darf, geht daraus hervor, dass die Albuminurie nicht aufhört und der tägliche Eiweissverlust, wie Fall 3 lehrt, gleich bleiben kann. Leider habe ich das Fortbestehen der Albuminurie nach der Schwitzkur, wenn auch häufig in vermindertem Maasse, in fast allen Fällen von Nephritis und Nierenschrumpfung, die ich mit dem Schwitzbett behandelt habe, constatiren müssen. Ich muss also sagen: Das Schwitzbett bewirkt bei den chronischen Nierenerkrankungen einen raschen Schwund der Oedeme; zugleich damit wird eine sehr erfreuliche Besserung des subjectiven Befindens und des allgemeinen Kräftezustandes erzielt. Das alles sind sehr werthvolle symptomatische Erfolge. Wir nützen dem Kranken sehr viel, wenn wir ihn, vielleicht auf lange Zeit, von den hydropischen Erscheinungen befreien und ihm ein mehr oder weniger vollkommenes Wohlbefinden wiedergeben. Aber ein curatives Mittel in dem Sinne, dass durch dasselbe die anatomischen Veränderungen der Niere selbst rückgängig gemacht werden könnten, besitzen wir im Schwitzbett nicht. Bei der acuten Form der Nephritis kann allerdings vollkommene Genesung eintreten und es hat auf mich den Eindruck gemacht, als ob die Schwitzkur diesen glücklichen Verlauf befördere und die Genesung beschleunige.

Die Sicherheit, mit der sich die Oedeme der Nierenkranken durch das Schwitzbett beseitigen lassen, hat mich dazu veranlasst, auch andere Formen der Wassersucht mit demselben zu behandeln.

Bei einem Mann mit hypertrophischer Lebercirrhose, starkem Icterus, sehr grossem Ascites und starker hydropischer Schwellung der unteren Extremitäten, den ich 17 Tage lang täglich 2 Stunden stark schwitzen liess, so dass er jedes Mal 400—600 Ccm. Schweiss verlor, sank das Körpergewicht von 205 Pfund (= 84 Kilo) auf 173 Pfund (= 71 Kilo) wobei der Ascites bis auf einen geringen Rest und die Oedeme der Beine vollkommen schwanden. Das Allgemeinbefinden besserte sich dabei zusehends und als ich Patienten nach 5 Monaten wiedersah, fühlte er sich recht wohl, der Ascites und der Hydrops der Beine waren nicht wiedergekehrt. Der Schwund der Oedeme wurde in diesem Fall übrigens noch dadurch beschleunigt, dass ich den Kranken 6 Tage lang wegen einer intercurrenten Influenza Salipyrin (2—3 Gramm täglich) brauchen liess. Während des Salipyringebrauches stieg die Urinsecretion bis auf 4600 Ccm. täglich und die Abnahme der Oedeme und des Ascites war besonders rapid.

Chronische Herzfehler habe ich mehrfach der Schwitzkur unterzogen, wenn dieselben zu Stauungsödemen geführt hatten. Hier sind aber die Erfolge bei Weitem nicht so günstig wie bei den Nierenerkrankungen. Von 7 Fällen, über die ich genauere Notizen besitze, haben nur zwei einen deutlichen Nutzen von der Diaphorese gehabt, indem die Oedeme sich verringerten und die Beschwerden der Kranken nachliessen. Es waren beides Mitralklappenfehler, welche zu einer mässigen Schwellung der Beine und mässiger allgemeiner Cyanose geführt hatten. In den übrigen Fällen, wo die Herzschwäche schon sehr bedeutend war und hochgradige Cyanose, ausgebreitete pralle Oedeme, Orthopnoe, starker Ascites und Hydrothorax vorlagen, konnte ich constatiren, dass sich die Kranken die ersten Male im Schwitzbett recht wohl fühlten; die Wärme war ihnen angenehm, die kalten Extremitäten wurden warm, und ein ziemlich reichlicher Schweiss war stets, wenigstens bei der zweiten und dritten Wiederholung des Schwitzbettes zu erzielen. Sehr bald aber, meistens beim 5. oder 6. Mal des Schwitzens fingen die Kranken an über Beklemmung und Präcordialangst zu klagen, die Cyanose wurde stärker, die Pulswelle niedriger und leichter zu unterdrücken. Die Urinsecretion wurde durch das Schwitzbett nicht vermehrt und die Oedeme nahmen eher zu als ab. Ich war daher gezwungen, die Schwitzkur wieder aufzugeben. — In einem Falle von Insufficienz und Stenose der Mitralis habe ich, nachdem die schwersten Erscheinungen der Herzinsufficienz durch Digitalis beseitigt und durch Punction des Ascites die Athmung erleichtert worden war, meinen Wärmeofen so angewandt, dass die Kranke nur mit der unteren Hälfte des Körpers im Schwitzraum lag und vor Allem die ödematösen Beine erwärmt wurden. Diese Applicationsweise wurde gut vertragen und führte regelmässig zu einem mässigen Schweissausbruch über den ganzen Körper. Dabei verminderten sich bei verstärkter Diurese allmählich die Oedeme und die Athmung wurde freier.

Diese Erfahrungen weisen darauf hin, dass die durch die Herabsetzung des arteriellen Blutdruckes zu erzielende Schonung des kranken Herzens überwogen wurde durch die Reizung desselben, die, wie wir sahen, eine Folge der erhöhten Blutwärme ist. Der kranke Herzmuskel verträgt offenbar solche Reizungen sehr schlecht und reagirt auf dieselben mit einer Verminderung seiner motorischen Energie.

Zur Illustration des Gesagten erlaube ich mir die folgende Krankengeschichte mit zugehöriger Curve des Körpergewichtes und der täglichen Harnausscheidung vorzulegen. Ich glaube, dass dieselbe, wie für mich, so auch für Manchen meiner Leser viel Lehrreiches enthalten dürfte.

Fall IV. Insufficientia valvulae mitralis.

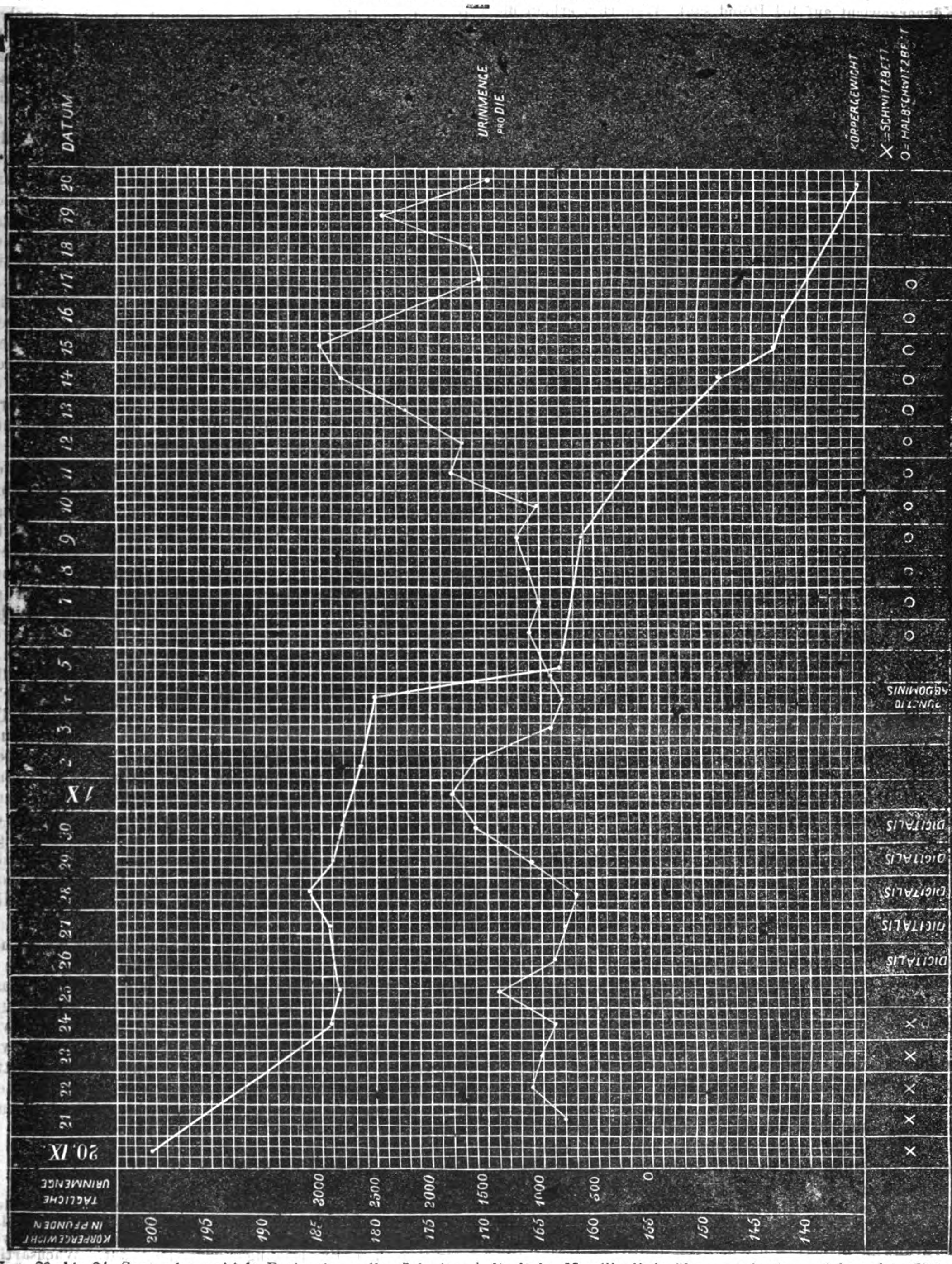
Frau Anna S. 41 a. n.

Patientin leidet seit drei Jahren an Kurzathmigkeit und gelegentlichem Herzklopfen. Im Juni 1895 erkrankte sie an rheumatischen Gelenkschmerzen und bald darauf begannen die Beine zu schwellen. Im August gesellte sich eine stetig zunehmende Schwellung des Leibes hinzu, die Athmung wurde sehr erschwert und vom 18. September wurde ihr durch Punction des Abdomens $5^1/_2$ Liter ascitischer Flüssigkeit entleert. Da die Beschwerden nicht nachliessen, trat sie am 20. September in die Hospitalklinik ein.

Die Untersuchung ergab eine typische Mitralinsufficienz mit sehr unregelmässigem Puls, starker allgemeiner Cyanose und hochgradigen Oedemen des ganzen Körpers. Körpergewicht 202 Pfund = 82 Kilo. Orthopnoe, Leberpuls und herzsystolischer Puls der Halsvenen. Stauungsurin mit geringem Eiweissgehalt.

Cfr. Curve № II.

Curve II. Insufficientia uritralis.



Vom 20. bis 24. September erhielt Patientin volle Schwitzbetten von anderthalb- bis zweistündiger Dauer. Die beiden ersten Male waren ihr dieselben sehr angenehm, sie schwitzte ausgiebig und fühlte sich sehr erleichtert; seit Wochen zum ersten Mal konnte sie wieder eine Nacht ruhig liegend schlafen. Allein am 23. und 24. September klagte sie über Beängstigungen während des Schwitzens, die Orthopnoe wurde wieder stärker. In der Nacht vom 25. auf den 26. September hatte sie einen schweren Anfall von cardialem Asthma und am folgenden Morgen war der Puls sehr klein und frequent und der Spitzenstoss, welcher früher nur um eine Fingerbreite die linke Mamillarlinie überragt hatte, reichte jetzt bis zur vorderen Axillarlinie. Es war also eine acute Dilatation des linken Ventrikels eingetreten, welche mich veranlasste, die Schwitzkur abzubrechen und Digitalis zu verordnen. Dieses Mittel wurde vom 26. bis 30. September gebraucht und das Resultat war eine deutliche Besserung des Pulses und der Herzthätigkeit. Das Körpergewicht, welches während der Schwitzkur auf 183 Pfund gesunken war, hielt sich zwar auf gleicher Höhe, aber die Diurese nahm zu und die Athemnoth wurde geringer. Die folgenden fünf Tage hielt sich Patientin ziemlich unverändert, da aber der Ascites sehr stark war und

die Kranke arg belästigte, so wurden am 4. October durch Punction nochmals 6 Liter Ascitesflüssigkeit entleert, wodurch das Körpergewicht auf 164 Pfund sank. Weiterhin erhielt die Kranke innerlich nur Tinct. Valerianae aether. Da die acute Dilatation des Herzens geschwunden war und Patientin trotz der noch bestehenden Cyanose und des allgemeinen Hydrops weniger über Athemnoth klagte als bisher, so versuchte ich es nun mit den Schwitzbädern derart, dass ich nur die untere Körperhälfte bis zum Gürtel in's Schwitzbett steckte. Ich hoffte, dass das Herz, dank dem Digitalisgebrauch nun stark genug sei, um diese vorsichtige Behandlung zu vertragen. Der Erfolg war, dass, sobald die Beine sich erwärmt hatten, nicht blos die untere Körperhälfte, sondern der ganze Körper und auch das Gesicht in mässiges Schwitzen gerieth. Zu meiner Freude vertrug die Patientin diese Behandlung sehr gut. Die Herzbeschwerden verstärkten sich nicht, die Athmung wurde nicht frequenter, die Oedeme begannen sichtlich zu schwinden und das Körpergewicht nahm dementsprechend ab.

Nachdem diese so zu sagen abortive Schwitzkur, welche am 6. October begonnen worden war, 5 Tage gedauert hatte, stellte sich auch die charakteristische diuretische Wirkung derselben ein und die Tagesmenge des Urins stieg von 1100 Ccm. am 10. October successive auf 1800 Ccm., 1700 Ccm., 2200 Ccm., 2800 Ccm. und 3000 Ccm am 15 October; die Oedeme schwanden zur Zeit dieser starken Diurese rapid bis auf ganz geringfügige Reste und das Körpergewicht, welches am 9. October noch 161 Pfund betragen hatte, war am 16. October nur noch 142 Pfund. Da die Oedeme nicht mehr vorhanden waren, sank die Harnmenge zum 17. October, an welchem Tage die Schwitzkur beendet wurde, auf 1500 Ccm. Die Kranke schläft jetzt gut und geht des Tages umher, die Extremitäten sind warm und nicht mehr cyanotisch, die Athmung frei, die Herzdämpfung nur noch nach links um eine Fingerbreite vergrössert; nur der Puls ist noch recht unregelmässig und die Auscultation lässt viele frustrane Herzcontractionen erkennen.

Will man also das Schwitzbett bei Herzkranken anwenden, so darf das nur bei relativ leichten Fällen geschehen, die noch nicht sehr lange an Oedemen leiden und bei denen die Energie der Herzaction noch nicht allzusehr gelitten hat. Und auch in solchen Fällen wird man gut thun, die Erwärmung nur mit Vorsicht und nicht auf die ganze Körperoberfläche wirken zu lassen.

Dasselbe gilt auch, wie mich meine Erfahrungen lehren, vom Lungenemphysem, wo die Insufficienz des rechten Herzens zu Oedemen geführt hat. Die zu energische Anwendung des Schwitzbettes veranlasst leicht die Steigerung der Dyspnoe und der Cyanose. Nur leichtere Fälle geben bei einsichtiger Anwendung des Wärmeofens einen guten Erfolg.

Ich wende mich nun zu der grossen Gruppe der rheumatischen Affectionen der Gelenke, Muskeln und Fascien, so wie der sogenannten rheumatischen Neuralgien. So wenig wir auch über die Natur dieser Erkrankungen wissen, so geniesst doch die diaphoretische Therapie derselben einen alten, wohlbegründeten Ruf, und wir dürfen wohl annehmen, dass die Beschleunigung des Stoffwechsels und die energische Erneuerung der gesammten Säftemasse des Körpers durch das Schwitzbett das wirksame Agens dieser Behandlungsmethode darstellen. Seit einerseits die pharmakotherapeutische Behandlung der rheumatischen Affectionen durch Salicylsäure, Antipyrin, Antifebrin und das ganze Heer der Antipyretica und Antalgica sich in die Praxis (wie ich gern zugebe mit Recht), eingebürgert hat und andrerseits in der Massage ein Mittel gefunden worden ist, um eine sehr bedeutende Anregung des localen Stoff- und Säftewechsels und dadurch glänzende Heilerfolge beim Rheumatismus zu erzielen, ist die diaphoretische Behandlung der in Rede stehenden Erkrankungen mehr als nöthig in den Hintergrund gedrängt worden. Ich halte es daher für eine sehr zeitgemässe Mahnung, wenn Moritz[8]) neuerdings wieder die trefflichen Erfolge der Diaphorese, namentlich bei gleichzeitigem internen Gebrauch der Salicylate energisch betont.

Ich habe das Schwitzbett im letzten Jahr bei allen Fällen von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus angewandt. Bei ersterem sind die Erfolge der Salicylsäure meist so sicher, dass man vielfach mit der innerlichen Verordnung dieses Mittels auskommt. Allein manchmal gelingt dabei nur eine relative Besserung; das Fieber schwindet zwar, aber in einem oder mehreren Gelenken bleiben fixe Schmerzen und Schwellungen nach, gegen die die Salicylsäure nur wenig hilft. In solchen Fällen nun hat mir das Schwitzbett vortreffliche Dienste geleistet. Es unterliegt für mich gar keinem Zweifel, dass hier eine combinirte Behandlung mit innerlicher Verabreichung der Antirheumatica und gleichzeitiger Schwitzkur viel rascher zum Ziel führt als das Schwitzen oder die innere Therapie allein. Beim acuten Gelenkrheumatismus, wo jeder Versuch den Kranken zu rühren, die schwersten Schmerzen hervorruft, sind mir die Vorzüge des Schwitzbettes, welches die Kranken durch nichts belästigt und alle activen und passiven Bewegungen desselben vermeiden lässt gegenüber den übrigen diaphoretischen Methoden ganz besonders aufgefallen. Die schmerzlindernde Wirkung tritt ungemein rasch, schon während des Schwitzens ein, so dass die Kranken sich sofort erleichtert fühlen und die Wiederholung der Procedur dringend verlangen. Dasselbe gilt auch bei den subacuten und chronischen Formen der Krankheit.

Beim Muskelrheumatismus habe ich die Massage der schmerzenden Muskeln mit der Schwitzkur zusammen angewandt und so die s. g türkischen Bäder nachgeahmt, bei denen das Kneten der Körpermuskulatur bekanntlich mit der Diaphorese in der glücklichsten Weise combinirt wird. Auch in schweren Fällen von Lumbago, die schon Wochen lang bestanden haben und den gewöhnlichen Einreibungen und Knetungen nicht weichen wollten, habe ich durch das Schwitzbett Heilungen erzielt, die ohne dasselbe wohl kaum eingetreten wären.

Endlich sei noch der Ischias erwähnt, die so oft allen Heilungsversuchen widersteht. In einem schweren Fall von 4-wöchentlicher Dauer und mit fast completer Unmöglichkeit die Beine zu bewegen, habe ich Salicylsäure, Antipyrin, den faradischen Pinsel und Massage vergeblich versucht. Patient blieb an's Bett gefesselt und konnte keinen Schritt ohne die schwersten Schmerzen thun. Nach einer zehntägigen energischen Schwitzkur war die Besserung deutlich; Patient konnte, auf einen Stock gestützt, umhergehen ohne zu hinken und empfand nur bei energischer Flexion des Beines im Hüftgelenk noch Schmerzen. Fast völlig genesen, verliess er das Hospital.

Die warmen Empfehlungen der Scholz'schen Behandlung der Chlorose und der schweren Anämieen mit Schwitzbädern haben auch mich veranlasst das Schwitzbett bei diesen Krankheiten anzuwenden und ich bin durch die guten Resultate, die ich mehrfach von denselben gesehen habe, überrascht gewesen. 2 Fälle von Chlorose, bei denen Eisen und alle sonst üblichen Mittel vergeblich versucht worden waren, habe ich durch energische Diaphorese geheilt. Eine Beobachtung sei hier kurz referirt.

Fall V. Chlorosis.

Frl. Irmgard B. 18 Jahr alt.

Patientin ist seit einem Jahr bleichsüchtig und mit allen üblichen Mitteln erfolglos behandelt worden. — Sie weist das typische Bild einer schweren Chlorose mit allen subjectiven und objectiven Erscheinungen derselben auf. Wachsartige Blässe, allgemeine Schlaffheit und Müdigkeit; Ohrensausen, Ohnmachtsanwandlungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen, anämisches Blasen an der Herzspitze. Trotz schwachen Appetites hat Patientin ein ziemlich reichliches Fettpolster.

Vom 2. Juni bis zum 1. Juli 1895 nimmt Patientin im Ganzen 21 Schwitzbetten von zweistündiger Dauer. Zugleich gute gemischte Nahrung, aber keinerlei Medicamente. Die Diaphorese war von Anfang an sehr reichlich, die Axelhöhlentemperatur stieg, wie einige Messungen ergaben, im Schwitzbett auf etwa 38,2° C.; die ersten Male klagte die Kranke da-

8) E. Moritz. Ueber die Behandlung des Rheumatismus. Pet. med. Woch. 1894. Nr. 31.

bei über Herzklopfen, später wurde die Kur ohne Beschwerde ertragen.

Die günstigen Erfolge waren nicht zu verkennen. Schon nach einer Woche besserte sich die Stimmung, die Bewegungen wurden rascher und energischer. Patientin empfand Freude an kleinen Spaziergängen, die Ohnmachtsanwandlungen und das Ohrenklingen blieben fort und zum Schluss der Kur fühlte sich Patientin vollkommen gesund. Dem entsprechend besserte sich auch der objective Befund, das Gesicht bekam etwas Farbe, wenngleich eine gewisse Blässe auch zuletzt noch vorhanden war, das anämische Geräusch am Herzen verschwand, der Appetit hob sich. Bemerkenswerth ist, dass die Menstruation nach dem 15. Schwitzbett eintrat — eine Woche früher als zu erwarten war.

Die fortschreitende Besserung der Blutbeschaffenheit lässt sich aus folgenden Zahlen erkennnen:

	Haemoglobingehalt nach Fleischl.	Zahl der rothen Blutkörperchen im Cub.-Mm. Blut.
2. Juni	32% der Norm	3,200000
9. »	36% » »	3,520000
16. »	45% » »	4,800000
23. »	45% » »	5,075000
30. »	50% » »	5,680000

Als ich die Kranke am 2. Juli aus der Behandlung entliess, sah sie noch etwas blass aus, war aber sonst vollkommen gesund. — Jetzt, nach mehr als 3 Monaten ist Patientin bei guter Gesundheit und fühlt sich nach ihren eigenen Worten seit der Schwitzkur wie neugeboren.

Einen ähnlichen guten Erfolg habe ich in einem Fall von schwerer Anämie nach acuten Durchfällen und Hämorrhoidalblutungen bei einem 44-jährigen Mann erzielt, dagegen blieb die Schwitzcur erfolglos bei einer schweren Pseudoleukämie und in einem Fall von essentieller perniciöser Anämie, die sich im Gefolge einer acuten Gastro-Enteritis eingestellt hatte.

Die günstigen Erfolge der Diaphorese bei der Chlorose sind wohl auf die energische Anregung des Stoffwechsels und der Blutbildung zurück zu führen.

Ich habe Ihnen, meine Herren, einige Erfahrungen über die Wirkung der Schwitzkur vorgelegt; aber ich meine, dass damit noch lange nicht alle Fälle, in denen dieselbe mit Nutzen angewandt werden kann, erschöpft sind. Wer die physiologischen Wirkungen der Schwitzkur vor Augen hat, wird gewiss noch viele Indicationen für diese Behandlungsmethode finden. Ich glaube aber, dass Sie auch aus dem Gesagten die Ueberzeugung gewinnen können, dass wir im Schwitzbett ein sehr wirksames therapeutisches Agens besitzen. Dasselbe verdient eine viel häufigere Anwendung, als sie bisher üblich war, zumal es nicht blos in Hospitälern, sondern auch in der Privatpraxis leicht hergerichtet werden kann.

Namentlich denke ich hier an die acuten s. g. Erkältungskrankheiten, die uns in den Hospitälern nur selten, desto häufiger aber in der Hauspraxis begegnen.

Es würde mich freuen, wenn meine Worte dazu beitrügen die Schwitzkur, die alte Heilmethode, bei Ihnen wieder in Erinnerung und zu Ehren zu bringen.

Auszug aus den Protokollen
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 15. Mai 1895.

1. Dr. **Masing** theilt die Krankheitsgeschichte der Frau H. C. ausführlich mit, weil sie ihm schon früher gemachte Erfahrungen bestätigte, nämlich 1) wie schwer zuweilen selbst hochgradig entwickelte Mitralstenosen richtig zu erkennen sind und 2) wie bei hysterisch nervösen Personen sonst als sicher geltende Krankheitssymptome an Werth verlieren.

Die 42-jährige H. C., Frau eines Photographen in St. Petersburg befand sich über 5 Jahre in M's. Behandlung.

Anamnese. Keine erbliche Belastung nachweisbar. Schwere Jugend durch einen rohen Stiefvater. Als erwachsenes Mädchen eigenthümliche Heisshungeranfälle; auch bei Fremden musste sie sich ein Stück Brod ausbitten, sonst wurde ihr sehr schlecht. Vielleicht im 12 und 28 Jahr Gelenkrheumatismus überstanden (den Aerzten in Riga angegeben, den Petersburger Aerzten gegenüber verneint). Sie heirathete jung und verbrachte an der Seite des als Character wie als Künstler ausgezeichneten Mannes zunächst 15 sehr glückliche Jahre Da sie selbst künstlerisch begabt war, arbeitete sie beständig im Atelier des Mannes mit Erfolg. Nach einer Fehlgeburt im Anfange der Ehe concipirte sie nicht mehr, hatte aber keine Beschwerden von Seiten der Genitalorgane. — Im Jahre 1884 erkrankte der Mann, an dem sie mit grösster Verehrung hing, am Zungenkrebs; es musste ihm die totale Amputation der Zunge gemacht werden. Das war für sie eine furchtbare Zeit monatelanger Angst und Kummers. Er genas, blieb recidivfrei und arbeitete in ungeschwächter Kraft weiter, aber sie genas nicht. Seit der Zeit hatte sie immer Angst, immer glaubte sie selbst lebensgefährlich erkrankt zu sein, auch wenn es sich um Bagatellen handelte, oder war ihr Mann wieder bedroht. Immerwährend litt sie an Durchfällen durchaus nervösen Ursprungs; Gemüthsbewegungen beeinflussten sie mehr als Diätfehler und der blühende Ernährungszustand blieb immer derselbe. Im Herbste 1891 überstand sie eine schwere Influenza mit drohender Pneumonie und starken Neuralgien. In der Reconvalescenz von derselben traten zum ersten Mal Herzsymptome ein und zwar ganz plötzlich: Sehr beschleunigte Herzactionen, kaum fühlbarer Puls, kalte Extremitäten, Todesangst. Die Herzgrenzen und Töne normal. Dieser schwer bedrohliche Zustand dauerte einige Tage und wich ganz allmählig dem Moschus, Champagner etc. Seitdem kamen nach wochen- oder monatelangen gesunden Intervallen besonders nach Gemüthsbewegungen Stunden oder Tage dauernde Anfälle von Tachycardie mit Angstgefühl, schlechtem Schlaf. Aber die subjectiven Beschwerden gingen nicht parallel mit den Herzerscheinungen. «Heute ist es viel besser», hiess es, während der Puls jagte und stolperte und dann wieder tagelange Depression, während der Puls nur Morgens etwas unruhig war und den Tag über ganz normal. Objectiv liess sich am Herzen nichts Abnormes finden ausser Spaltung des II Tones und geringes Hinausrücken des Spitzenstosses nach links (kaum über die Mamillarlinie hinaus).

Im Sommer 1892 reiste sie mit ihrem Manne viele Wochen in Schweden umher und fühlte sich prachtvoll. Der Mann, der der Inhalt ihres Lebens war, gehörte dort nur ihr, sie ertrug lange Märsche, Bergtouren, unregelmässiges Essen etc. ohne irgend welche Beschwerden und auch der darauffolgende Winter war ein besonders guter. Im Sommer 1894 dagegen arbeiteten Beide angestrengt im Atelier, es waren Finanzsorgen da, und bald machten sich verschiedene nervöse Beschwerden geltend, aber auch solche von Seiten des Herzens die im Laufe des Herbstes immer zunahmen. Kurzathmigkeit, Pulsbeschleunigung durch Steigen einer kleinen Treppe von 88 auf 140, die Herzgrenzen rücken nach allen Seiten etwas weiter: dabei aber bleiben Töne und Accente normal, keine Cyanose, keine Spur von Oedem, Leber und Nieren normal. Viel prägnanter aber waren die nervösen Beschwerden: Angst («etwas Schreckliches steht bevor»), kein Schlaf, (sie kann aber im Bette in jeder Körperlage mit flachem Kopfkissen liegen), kein Appetit, Hyperästhesien, locale Anästhesien, Neuralgien (einige ganz constant auf dem Sternum, linke Intercostalnerven, Mammae, — andere wechselnd); es kam vor, dass sie tagelang wegen unerträglicher Schmerzen in einer Wade nur nach Morphiuminjection etwas Ruhe hatte. Auch die Herzsymptome schienen jetzt direct abhängig vom Nervensystem: Sie war so kurzathmig, dass sie nur mit Unterbrechungen sprechen (z. B. die letzte Nacht schildern) konnte aber plötzlich (wenn ein angenehmes Thema zur Sprache kam, ihre schwedische Reise z. B.) sprach sie fliessend, lebhaft ohne Stocken lange anhaltend.

Im Laufe der Krankheit wurden viele Collegen von M. consultirt. Alle waren darin einig, dass das Herz nicht gesund sei. Die meisten schlossen einen Klappenfehler aus und nahmen eine Neurose des Herzens an mit Störungen in der Ernährung des Herzmuskels. So hat der verstorbene Dr. **Amburger**, der in der Untersuchung des Herzens besonders reiche Erfahrungen besass, sie 3 mal untersucht (6. Oktober 1892, 2. Mai 1893, 26. Oktober 1894). Auch das letzte Mal, als doch die rechte Herzgrenze in der Mittellinie des Sternums und der Spitzenstoss in der Mamillarlinie und zwar etwas verbreitert gefunden wurden, waren Töne und Accente tadellos (nur Spaltung des II Tones) und nicht die geringsten Folgeerscheinungen an andern Organen, keine Bronchialcatarrhe, keine Störungen irgendwo etc. — was doch hätte eintreten müssen, wenn die jagenden und aussetzenden Herzcontractionen von einem organischen Herzleiden abhingen.

Dr. **Nauck** war ebenfalls der Ueberzeugung, dass die Neurose hier die Hauptrolle spiele (und zwar ein motorischer Spasmus der peripheren Arterien). Er wie Referent sahen das noch durch den Umstand bestätigt, dass kein einziges Herzmittel (Digitalis, Adonis, Coffeïn (Milchkur etc.) bei wiederholten Versuchen je die geringste Wirkung ausübte; die Herzcontractionen wurden nie durch dieselben regelmässiger oder langsamer, die Dyspnoe und die Neuralgien blieben ganz die-

selben. Dagegen brachten Brompräparate, Chloral, Valerian etc. immer, wenn auch nur vorübergehende, günstige Wirkung.

Mitte Novemb. 1894 untersuchte Dr. L. Berthenson die Kranke. Er erklärte das Herzleiden als das primäre. Am wahrscheinlichsten sei eine chronische, recidivirende Endo-Myocarditis, veranlasst durch die psychische Alteration vor 10 Jahren (Operation des Mannes) und die Infectionskrankheit (schwere Influenza). Die, wenn auch mässige, Vergrösserung des Herzens nach allen Richtungen hin, der schwache Choc, die unrythmischen beschleunigten Contractionen, die Spaltung des II Tones, die zwar reinen aber klanglosen Töne (der I an der Herzspitze von «hölzernem Klange») und ein spurenhaftes Geräusch, das ganz weit links von der Herzspitze zuweilen hörbar sei — das Alles beweise das selbstständige Herzleiden. Aus dem weiteren Verlauf sei kurz hervorgehoben: Am 29. October um ein Uhr Mittags trat plötzlich ein Moment ein, den die Kranke selbst schilderte «es war ein schreckliches Gefühl, als ob eine mächtige Blutwelle zuerst ins Gehirn stürze, um dort Alles zu zersprengen, dann aber gleich zurückfluthe, so dass das Gehirn ganz leer sei.» Ohnmachtanwandlung aber keine wirkliche Ohnmacht; nach ½ Stunde Alles besser und auch sonst zunächst keine Folgen. — Höchst wahrscheinlich war dies der Moment, wo die später im Leben diagnosticirte und bei der Section constatirte Embolie eines Astes der linken Arter. fossae Sylvii zu Stande kam.

Im Novemb. und Decemb. wurden die nervösen Symptome immer schwerer; totale Schlaflosigkeit, tiefe Gemüthsdepression, Furcht vor nahem Tode oder Verrücktwerden, Klagen über Vernachlässigung von Seiten des Mannes (der sich in der Pflege aufopferte), Gedächtnissschwäche und anfangs ganz schwach angedeutete Aphasie. Es schien den behandelnden Aerzten, dass die Behandlung dieser psychisch nervösen Leiden bessere Chancen in einer Anstalt habe, auch sollte der mit Arbeiten überhäufte und dabei herzleidende Mann entlastet werden. Daher Ueberführung am 17. Jan. 1895 nach Riga in die Holst'sche Anstalt.

Dr Holst und später Dr. Hampeln sprachen sich aber dahin aus, dass das Herzleiden das Primäre, Hauptsächliche an dieser Krankheit sei, dass eine Nervenanstalt nicht der rechte Ort zu ihrer Behandlung sei. Dr. Hampeln diagnosticirte strict eine Mitralstenose und fügte hinzu: «Allgemeine Circulationsstörungen bestehen nicht und insofern ist der Klappenfehler einstweilen compensirt, wohl aber ist zur Zeit der rechte Ventrikel erheblich dilatirt und muss das zusammen mit der unregelmässigen und beschleunigten Herzaction als ein Zeichen local ungenügender Compensation gedeutet werden. Das Herz genügt eben noch gerade seinen allgemeinen Pflichten, aber mit den eigenen Angelegenheiten ist es bereits zu stark belastet».

Am 17. Febr. 1895 wurde sie nach Petersburg zurückgebracht und hier baldzur Behandlung Dr. Michelson (Psychiater), übergeben. Sie wurde psychisch ganz verwirrt, das Gedächtniss für Vergangenes und Gegenwärtiges wurde immer schwächer, die Aphasie nahm zu bis sie zuletzt wochenlang gar nicht mehr sprach, es trat Seelentaubheit auf (bei Aufforderung die Augen zu schliessen, sah sie sich ängstlich um und fragte «wie macht man das?» — sobald man es ihr vormachte, that sie es gleich nach), der Athemtypus war im Schlafe exquisit der Cheyne-Stokes'sche mit 29 Secunden dauernder Athempause. Das Angstgefühl (sie glaubte, die eine der Pflegerinnen werde sie erdrosseln) war zeitweilig stark, sie sprang Nachts aus dem Bette und eilte in ein anderes Zimmer. Ein ungeschickter Selbstmordversuch wurde constatirt. Lag somit eine schwere locale Schädigung des Sprachcentrums und eine diffuse der grauen Rinde vor, so waren andererseits nirgends Paresen (hypoglossus, facialis, Augenmuskel, Gaumensegel, Extremitäten ganz normal), keine Sensibilitätsstörungen, abgesehen von den localen Hyperästhesien (die localen Anästhesien waren nicht mehr zu erkennen), alle Reflexe gut, ebenso die Sinnesorgane und das Muskelgefühl, keine Bulbussymptome, Augenhintergrund normal. Die Herzsymptome traten noch mehr zurück. Zu Zeiten war der Puls 80 und fast ganz rythmisch, sie lag Tage lang mit niedrig gelagertem Kopfe und oft ganz rythmisch und langsam athmend (wenn nicht im Cheyne-Stokes'schen Typus) da. Objectiv war ausser den Zeichen der Dilatation am Herzen nichts Greifbares zu erkennen. Im letzten Lebensmoment wurde der Husten stärker (mit später zu erwähnenden Complicationen) es schwoll die Leber an und ganz zuletzt zeigte sich etwas Albuminurie und Oedem an den Beinen, in den Körperhöhlen und im Gehirn.

Die ganze Zeit von Mitte Februar bis Mitte April mussten ihr sehr grosse Dosen Opium gegeben werden.

Die Apathie und Verwirrtheit war schon sehr entwickelt als am 25. März der Mann plötzlich an Herzparalyse starb. Es wurde ihr verschwiegen. Einen Augenblick, als sie das Ereigniss errieth, schien das Bewusstsein zu völliger Klarheit zu gelangen, aber bald umwölkte sich Alles wieder und sie blieb ganz bewusstlos, sprachlos, die Exkremente unter sich lassend bis sie am 29. April 1895 starb.

Eines Umstandes erwähne ich absichtlich erst jetzt, um ihn mehr hervorzuheben. Am 2. Jan. c., kurz vor der Reise nach Riga traten plötzlich Erscheinungen auf, die als Infarctbildung im Unterlappen der l. Lunge gedeutet werden mussten: heftiger localer Schmerz links in der hinteren Achsellinie, der durch Sprechen und Athmen sehr verstärkt wurde, circumscripte Dämpfung daselbst, die zum andern Tage zunahm, auf der Dämpfung sehr geschwächtes Athmen, umgeben von einer Zone crepitirenden Rasselns. Sputa anfangs wenig gefärbt, später mit reinem Blut (aber wenig) gemischt. Kein Fieber. Die Erscheinungen liessen nach. Husten, Hämoptoe, diese hörten auf — die Dämpfung blieb an ziemlich engbegrenzter Stelle. Derselbe Befund nach der Rückkehr aus Riga. Aber im März wurde die Dämpfung wieder in- und extensiver, Crepitiren und dann Hämoptoe bei wenig Husten. Weiter wurde der Husten stark mit viel dickeitrigem Auswurfe (leider nicht mikroskopisch untersucht) und nun war statt des gedämpften ein exquisit tympanitischer Percussionsschall da, und statt des abgeschwächten Athmens, umgeben von Crepitiren waren gröbere consonirende Rasselgeräusche da und deutliche Consonanz der Herztöne. Das hat wiederholt ausser dem Ref. auch Dr. Michelson constatirt. Die Deutung lag nahe, dass der infarcirte Lungenabschnitt abscedirt sei und nach Expectoration des Eiters eine Caverne hinterlassen hat.

Section. 29. horas post mortem. Von Dr. Westphalen.

Klinische Diagnose: Oedem des Gehirns. Erweichung (in Folge von Embolie des einen Astes der Art. fossae Sylvii sinistr.?) des Sprachcentrums der III. Stirnwindung, oder Neoplasma daselbst. Oedem der Lungen. Im l. Unterlappen ein 4 Monate alter Infarct, wahrscheinlich in Abscess verwandelt. Herz gross. Myo- und Endocarditis chron. oder Neoplasma cordis (Dr. L. Berthenson). Stenose des Mitralostiums (Dr. Hampeln), Affection der Herzganglien und Nerven mit nachträglicher Entartung des Herzfleisches (Dr. Amburger und Dr. Masing).

Hypertrophie der Leber oder Neoplasma derselben. Beginnende parenchymatöse Nephritis.

Guter Ernährungszustand. Nirgends Oedeme. Todtenstarre gelöst. Unterhautfettgewebe reichlich. Muskulatur blass. In der Bauchhöhle etwas klares Serum. Lage der Eingeweide normal. Das Colon stark gebläht. Das Colon ascendens mit einer nach unten herabgehenden Schlinge, welche durch breite bindegewebige Adhäsionen an das C. transversum fixirt ist. Von hier ziehen gleichfalls breite bindegewebige Stränge zur Gallenblase und von dieser zur Pylorusgegend des Magens. Mittlerer Stand des Zwerchfells. Rippenknorpel zum Theil verkalkt. In beiden Pleurahöhlen mässige Quantität klarer leicht blutiger Flüssigkeit. Beide Lungen ganz frei von Adhäsionen. Das Herz in grosser Ausdehnung nicht von Lungen bedeckt. Im Herzbeutel etwas klare, blutig tingirte Flüssigkeit. Das Pericard ganz normal. Das Herz selbst gross Pulmonal- und Aortenklappen schlussfähig. Das Mitralostium auf den Umfang eines Fingers verengt. Beide Klappen derb bindegewebig mit einander verwachsen mit starker Verdickung des freien Randes, welcher des Endothels beraubt, mithin eine oberflächliche Ulceration darbietet. Verkalkung, tiefe Geschwüre, bindegewebige Schrumpfung der Sehnenfäden, Veränderungen der Papillarmuskeln, fibröse Verdickung des Endocard sind nicht vorhanden. Neben der Stenose ist möglicherweise eine Insufficienz der Mitralklappen vorhanden. Linker Ventrikel mässig erweitert, Myocard schmal, hochgradig parenchymatös verändert, aber da auch das Endocard blutig imbibirt ist, so muss solches auf vorgeschrittene Fäulniss bezogen werden. Aortenklappen, —ostium, —intima normal. Coronararterien ziemlich weit, bis auf ein paar Fettflecke unverändert. Das r. Herz weiter als normal, sein Myocard normal breit, gegen die Spitze zu schmäler als normal und hier vom epicardialen Fettgewebe durchwachsen. Tricuspidalostium etwas verengt, nicht recht für 3 Fingerkuppen passirbar. Tricuspidal- und Pulmonalklappen normal. Nirgends myocarditische Schwielen.

Die linke Lunge. Pleura durchweg normal zart. Die Bronchien diffus erweitert. Ihre Schleimhaut kaum verändert. Das Lungengewebe von etwas vermehrter Consistenz, überall lufthaltig, venös hyperämisch und oedematös, von bräunlichem Colorit. Ebenso rechte Lunge. Die Milz kaum vergrössert. Consistenz sehr derb, Kapsel gespannt. Auf dem Durchschnitte treten die Malpighischen Körperchen und Trabekeln sehr deutlich hervor. Die Schnittfläche von eigenthümlich glänzender Beschaffenheit. Das Pancreas ziemlich derb, sonst normal.

Die Leber vergrössert. Gallenblase normal. Kapsel zart. Auf der Schnittfläche exquisite Muskatnusszeichnung (Stauungsleber).

Nebennieren unverändert.

Beide Nieren vielleicht etwas kleiner als normal. Die Kapsel zart, jedoch leicht adhärent an der Nierenoberfläche; diese von leicht grabiger Beschaffenheit; lässt etwas Venensternung hervortreten. Auf dem Durchschnitte die Corticalis

etwas schmal und deutlich trübe. Das Nierenbecken leicht vascularisirt und vielfach ecchymosirt.

Der Magen recht gross, die Schleimhaut sehr stark venös hyperämisch und lebhaft ecchymosirt. In der Pylorusgegend so wie im Anfang des Duodenum starkes Hervortreten der Drüsenkörper.

Schädeldach zart. Dura mater demselben wenig adhärent, ebenfalls zart. Innenfläche der Dura m. normal. Auch die pia m. zart. Piavenen mässig gefüllt. Die Gyri, besonders im Parietallappen verschmälert und die Sulci vertieft. Dabei erschienen die Gyri an ihrer Spitze leicht abgeplattet. Die pia m. denselben nicht stärker adhärent. In den subarachnoidalen Räumen reichlich klares Serum. Die Basalarterien zartwandig. Rechts sämmtliche Aeste der art. fossae Sylvii frei. Links ist ein Ast der art. fossae Sylvii mit einzelnen seiner Verzweigungen auf eine längere Strecke hin bindegewebig obliterirt.

Nirgends an den Hirngefässen Atherom. Die Hirnsubstanz mässig hyperämisch und stark feucht. Gröbere Erweichungen nirgends mit Sicherheit erkennbar. Varolsbrücke, Medulla oblong und alle Ventrikel frei von Veränderungen.

Anatomische Diagnose.

Oedem des Gehirns. Atrophie der Hirnwindungen. Postembolischer Verschluss eines Zweiggebietes der Art. fossae Sylvii sinistr.

Oedem der Lungen. Hydrothorax, Hydropericardium und Ascites in geringem Grade. Chronische venöse Hyperämie der Lungen, Milz, Nieren (chronische interstitielle Nephritis) und sämmtlicher sonstiger Unterleibsorgane. Frische venöse Hyperämie des Magens und der Leber. Fibröse Verwachsung zwischen Gallenblase, Magen und Colon ascend.

Stenosis des Mitralostiums, vielleicht mit leichter Insufficienz daselbst. Dilatation aller Herzabschnitte. Leichte Lipomatose des Herzens.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Obgleich den meisten unserer Leser die Daten über den Personalbestand der Universität Jurjew (Dorpat) aus den Tagesblättern bekannt sein dürfte, wollen wir nach altem Brauch auch hier Einiges fixiren. In dem officiellen Bericht werden zum ersten mal die Aemter eines Inspectors der Studirenden (Butlerow) und eines Inspectorgehilfen (Chrabrow) aufgeführt; das Amt eines Prorectors existirt nicht mehr. — Zum 1. October a. c. betrug die Gesammtzahl der Studirenden — mit Ausschluss der Pharmaceuten — 1064 (gegen 1247 am 15. September 1894). Die Zahl der Medicin Studirenden ist gegen das vorige Jahr um 121 gesunken (622 gegen 743). — Die Zahl der Pharmaceuten beträgt 237 (gegen 277 im Vorjahre). — Die grösste Frequenz erreichte die Universität im Jahr 1890; damals betrug die Zahl der Studirenden überhaupt 1664, die Zahl der Mediciner 884. — Eines Commentars bedürfen diese Zahlen wohl nicht.

— Seine Majestät der Kaiser hat auf den allerunterthänigsten Bericht des Ministers der Volksaufklärung vom 18. August a. c. geruht, die Aufnahme des Absolventen des Ssaratowschen geistlichen Seminars Alexander Orlow in die Zahl der Studirenden der medicinischen Facultät der Universität Juriew (Dorpat) zu genehmigen (N. Dörpt. Ztg. — Circ. f. d. Rigaschen Lehrbezirk).

— Dem «Wratsch» (Nr. 43) zufolge hat der Minister der Volksaufklärung im laufenden Lehrjahr gestattet, als Ausnahme von den allgemeinen Regeln, einige Zöglinge geistlicher Seminare, die den Cursus nach der zweiten Kategorie beendet haben, in die Universität Tomsk aufzunehmen.

— Dieser Tage ist in St. Petersburg (am Grossen Prospect auf Wassili-Ostrow) ein neues Kinderhospital eingeweiht worden. Es ist auf Initiative der Gemahlin des derzeitigen Stadthauptmanns, Frau E. von Wahl, von der Gesellschaft zur Fürsorge für arme und kranke Kinder erbaut worden. Das Hospital ist für 60 an chronischen Krankheiten leidende Kinder berechnet.

An die Redaction eingesandte Bücher.

Schürmayer. Die Diphtherie. Leipzig, Konegen 1895.
Leube. Specielle Diagnose der inneren Krankheiten. I. Band. Leipzig, Vogel 1895.
Leopold. Geburtshülfe und Gynäkologie. Leipzig, Hirzel 1895.
Ziegler. Lehrbuch der pathologischen Anatomie. Jena, Fischer 1895.
Ughetti. Teuscher. Das Fieber. Jena, Fischer 1895.
Verworn. Allgemeine Physiologie. Jena, Fischer 1895.
Penzoldt, Stintzing. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. 13. u. 14. Liefg. Jena, Fischer 1895.
Börner. Reichs-Medicinal-Kalender. II. Theil 1895. Thieme, Leipzig.
Klinische Zeit- und Streitfragen. 7. u. 8. Heft. Wien, Hölder 1894
Camerer. Der Stoffwechsel des Kindes. Tübingen, Laupp 1894.
Proksch. Geschichte der venerischen Krankheiten. Bonn, Hanstein 1895.
Mordhorst. Behandlung der Gicht. Rom, Loescher 1894.
Königstein. Die Anomalien der Refraction und Accommodation.
Karlinski. Geschichtliche Entwickelung der Gesundheitspflege. Leipzig, Braumüller 1895.
Schnitzler. Klinischer Atlas der Laryngologie und Rhinologie. Leipzig, Braumüller 1895.
Braatz. Rudolph Virchow und die Bakteriologie. Jena, Fischer 1895.
Merck. Bericht über das Jahr 1894. Darmstadt 1895.
Kassowitz. Wie steht es mit der Serumbehandlung der Diphtherie. Wien, Perles 1895.
Ziegler. Allgemeine Pathologie und Patholog. Anatomie. Jena Fischer 1895. 8. Auflage.
Penzoldt, Stintzing. Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. Liefg. 15—18. Jena, Fischer 1895.
Kleen. Massage. Leipzig, Thieme 1895.
Oldendorff. Zeitschrift für Sociale Medicin. idem 1895.
Joseph, Haut- und Geschlechtskrankheiten. I. Theil, idem 1895.
Liebreich. Encyklopädie der Therapie. Berlin, Hirschwald 1895.
Leg. Krankheiten der Bauchorgane. idem 1895.
Düring. Vorlesungen über Syphilis. Leipzig, Voss 1895.
Tappeiner. Lehrbuch der Arzneimittellehre und Arzneiverordnungslehre. Leipzig, Vogel 1895.
Pribram. Grundzüge der Therapie. Berlin, Kornfeld 1895.
Fabricius. Myome und Fibrome des Uterus. Wien, Bramüller.
Schwarz. Carcinom-Parasitismus. idem.
Rokitansky. Lehrbuch für Hebammen. Wien, Hölder 1895.
Nothnagel. Specielle Pathologie und Therapie. XI. Bd. 2. Theil. 2. Abtheil. XVII Bd. 1. Theil, 1. Abtheil. XIX Bd. 1. Theil, 1. Abtheil. Wien, Hölder 1895.
Onodi. Innervation des Kehlkopfs. idem.
Borntraeger. Diät-Vorschriften. Leipzig, Hartung 1895.
Schlesinger. Ernährung des Menschen. Frankfurt, Bechholz.
Bericht über die Expertise der landwirthschaftlichen Verwerthung der Wiener Abfallwässer 1893—1894. Wien, Verl. Ackerbauministerium 1895.
Polaillon. Chir. des membre. Paris, Doin.
Рейтцъ. Лекціи по патол. дѣтск. возр. Риккеръ.
Weyl. Handbuch der Hygieine. Liefg. 12—16. Jena, G. Fischer.
Nothnagel. Spec. Pathologie und Therapie. XI. 1. Wien, Hölder.
Stöwer. Anleitung zur Brillenverordnung. Urban und Schwarzenberg.
Rydygier. Behandlung der Gelenktuberculose. Ibidem.
Munk und Ewald. Ernährung der gesunden Menschen. Ibidem.
Elsner. Praxis des Chemikers. VI. Aufl. Liefg. 1—3. Hamburg, Voss.
Löbisch. Die neueren Arzneimittel. Urban und Schwarzenberg.
Lorenz. Angeborene Hüftverrenkung. Ibidem.
Döderlein. Geburtsh. Operationscurs. Leipzig, Besold.
Loewy. Respiration und Circulation. Hirschwald.
Lewin und Heller. Sclerodermie. Ibidem.
Duranta, Trattato di patol. e terapia cirurgica. Vol. I. Roma.
Williamson. On the relation of diseases of the spinal cord. to the distribution of the spinal blond vesseh. London, Lewit.
Thorne. The Schottmethode of the treatment of the diseases of the hendb. London, Churchill.
Scheff. Der Weg des Luftstroms d. Nase. Hölder.
Труды V Пироговскаго съѣзда. Томъ I. II.
Betrachtungen über die Jungfrau von Orleans. Hirsch. — Berlin, Coblentz.
Löhlein. Ovarialtumoren, Meningocele sacralis anterior, Symphyseotomie. Wiesbaden, Bergmann 1895.
F. W. Speisezettel für Zuckerkranke. Ibidem.
Brügelmann. Ueber Asthma. Ibidem.
Haug. Ohrenentzündungen. Jena, Fischer 1895.
Schaffer. Suggestion und Reflex. Ibidem.
Wegele. Magen- und Darmerkrankungen. Ibidem.
Pfeiffer. Protozoen. Ibidem.
Leser. Specielle Chirurgie. Ibidem.
Schauta. Gynäkologie. 1. Liefg. Leipzig, Deuticke 1895.
Noorden. Zuckerkrankheit. Berlin, Hirschwald 1895.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 14. November 1895.

Tagesordnung: 1) Dr. Högerstedt: Ueber die krankhafte Verengerung und Verschliessung der vom Aortenbogen abgehenden grossen Arterien.

2) Dr. Mendelson: Mechanismus der Scoliosis ischiadica s. neuropathica.

Annahme von Mitgliedsbeiträgen für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. November 1895.

Tagesordnung: Dr. Schmitz: Ueber Peritonealtuberculose.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasariuow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Eleonore Grünberg, Гороховая 48. кв. 8.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пант... ймонской ул. д. 4, кв. 11.

Ama[illegible] Большая Подъяческая. д. [illegible]

Ольг[illegible] Сергіевская, д. № 17 кварт. 19

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д 5. кв. 18.

Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Frau Marie Kubern, Мойка № 84, кв. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, **Haus № 16,** Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau Amalie Schulze, фонтанка № 137, кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Frau Duhtzmann, Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.

Дозв. ценз. Спб. 4 Ноября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. **ST. PETERSBURGER** **Neue Folge XII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— **Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 45 St. Petersburg, 11. (23.) November **1895**

Inhalt: Dr. Hans Adolphi: Blutungen post partum. — **Referate:** F. Dennis: The Etiology, Diagnosis and Treatment of malignant disease. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg. — Dr. med. Friedrich Mobitz †. — Die «Entbindungsanstalt gegründet von den evangelischen Gemeinden in St. Petersburg». — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Blutungen post partum.

Von

Dr. Hans Adolphi.

Vortrag gehalten im wissenschaftlichen Verein Mitau'scher Aerzte am 5. October 1895.

M. H. Die Leitung einer Geburt kann in jedem Augenblick eine so schwerverantwortliche werden, dass jeder Arzt, der sich überhaupt zu einer Geburt hinzuziehen lässt, in weitaus höherem Grade die gesammte einschlägige Lehre beherrschen muss, als wie das auf den anderen Gebieten der Medicin absolut nöthig ist. Während er sonst am Krankenbette in schwierigen Fällen meist Zeit finden wird, sich die Verhältnisse in Ruhe zu überlegen, oder gar in der Literatur sich über die betreffende Frage zu orientiren, hängt es unter der Geburt so eminent häufig von dem s o f o r t i g e n richtigen Eingreifen des Arztes ab, Leben und Gesundheit der Einzelnen, Wohlergehen der ganzen Familie ruhen hier in weit höherem Maasse in der Hand des Arztes, als sonst.

Es ist daher angebracht, in einer Versammlung von Aerzten, wie der hiesigen, in der fast alle Glieder die Leitung einer Geburt nicht von der Hand weisen, geburtshülfliche Fragen zu discutiren. Ueber die Behandlung der Blutung post partum vorzutragen, nehme ich mir heute die Ehre.

Die Blutungen der äusseren Genitalien entstammen in ihrer bedrohlichsten Form Schleimhautrissen in der Gegend der Clitoris. Schleunigste Stellung der Diagnose und Umstechung der Gefässe wird in schweren Fällen das einzige Mittel sein, das Leben der Frau zu retten. Oft werden wir aber auch mit einer $^1/_4$—$^1/_2$-stündigen festen Compression vermittelst eines in Essig oder auch in Liquor ferri sesquichlorati getauchten Wattetampons auskommen.

Einfache Dammrisse haben in den weitaus meisten Fällen keine erheblichen Blutungen zur Folge, arteriell ist die Blutung in den allerseltensten Fällen. Häufig setzen sich die Dammrisse weit in die Scheide hinein fort, ja sie gehen in Cervixrisse über, oder sie combiniren sich mit isolirten Verletzungen des Cervix. Kleinere Risse des äusseren Muttermundes sind physiologisch und ohne Bedeutung. Die tieferen Risse können aber sehr gefährlich werden und eine sofortige erfolgreiche Behandlung erheischen.

Als ätiologisches Moment für die erheblicheren Blutungen spielen die arteficiellen Extractionen die Hauptrolle. Es ist daher in erster Linie nicht dringend genug davor zu warnen, durch eigene vermeintliche Interessen oder durch unverständiges Drängen der Angehörigen sich zu einer atypischen Zangenextraction bewegen zu lassen. Entschliesst man sich zur Zange, so muss folgenden Forderungen genügt sein. Mutter und Kind müssen hinreichend vorbereitet sein, d. h. der Cervix uteri muss verstrichen und der Muttermund wenigstens so weit sein, dass der Kopf leicht hindurchdringen kann; der Kopf des Kindes muss «zangengerecht» stehen, d. h. in das kleine Becken eingetreten und fixirt sein. Ueber den genügenden Tiefstand des Kopfes orientirt man sich am sichersten dadurch, dass man sich die beiden spinae ischii, die i m m e r gut durchzufühlen sind, aufsucht. Die Linie, die die beiden spinae ischii verbindet, die linea spinosa muss die tiefste Stelle des Kopfes mindestens erreichen. Dass die Blase gesprungen oder künstlich gesprengt sein muss, und wir es mit keinem Hydrocephalus oder sonstigem anormalen Schädel zu thun haben dürfen, erwähne ich hier nur der Vollständigkeit halber. Ferner möchte ich nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, dass es dringend geboten ist, nach Schluss der eingeführten Zangenblätter, die Stellung des Kopfes genau zu controlliren und einen Probezug auszuführen, während 2 Finger der linken Hand ermitteln, ob der Kopf dem Zuge folgt. Durch Umsichtigkeit und Gewissenhaftigkeit lassen sich viele, und gerade die schwersten Verletzungen vermeiden. — Zu einer atypischen Zange, bei hochstehendem Kopf, sollte man sich nur dann entschliessen, wenn die Indication zur schleunigsten Entbindung eine derartig stricte ist, dass man,

schlägt der Zangenversuch fehl, sofort die Perforation anschliesst. Alle übrigen Versuche sind entschieden zu verwerfen.

Die Blutungen aus Damm- und Scheidenrissen können ausnahmslos durch tiefgreifende Nähte gestillt werden. Anlegung derselben macht auch bei der primitivsten Assistenz keine erheblichen Schwierigkeiten; durch Anziehen des oberen Wundwinkels vermittelst einer Kugelzange oder durch Vorstülpen der Scheide vermittelst eines in das Rectum eingeführten Fingers, was im Allgemeinen natürlich weniger zu empfehlen ist, wird man stets leicht nähen und die Blutstillung erreichen können.

Auch in der Therapie der Cervixrisse ist die von Kaltenbach zuerst empfohlene Naht das rationellste Mittel. Mit der Kugelzange zieht man sich den Cervix bis vor die äussere Schamspalte und die Blutstillung durch die Naht wird in vielen Fällen leicht und zur vollen Zufriedenheit gelingen. In vielen Fällen wird die Blutung aber nicht stehen, dann ist die betreffende Uterina, deren Pulsation mit dem Finger leicht zu fühlen ist, zu umstechen. Diese Umstechung der Arterie wird jedoch dem Ungeübten häufig nicht gelingen. Ferner ist zuweilen die Dislocirbarkeit des Cervix auch keine genügende, so dass das Operationsfeld durch Specula der Naht zugänglich gemacht werden müsste, das erfordert ein grösseres Instrumentarium als der praktische Arzt fürs gewöhnliche mit sich führt. Sie sehen also, m. H., dass uns Cervixrisse in die grösste Verlegenheit setzen können.

Häufig werden Cervixblutungen zu spät oder gar nicht erkannt, da sie oft mit den sog. atonischen Nachblutungen verwechselt werden. Diese Blutungen ex atonia uteri entstammen der physiologischen Uteruswunde und verdanken ihren Namen der Vorstellung, dass sie nicht eintreten würden, wenn der Uterus sich in normaler Weise contrahirte, und dadurch die eröffneten Utero-Placentargefässe schlösse. In logischer Weise ist daher auch die bisherige Behandlung darauf hinausgelaufen, die Uteruscontractionen anzuregen.

Ungenügende Contractionen des Uterus während der Nachgeburtsperiode und gleich post partum finden sich als Folge von Erschöpfung der Mutter bei der Geburt, nach grosser Ausdehnung der Gebärmutter (Hydramnion, Zwillinge), nach Wehenschwäche und Krampfwehen. Ferner hinterlässt eine plötzliche Entleerung des Uterus eine Periode relativer Wehenlosigkeit. Solange die Placenta vollkommen adhärent ist, hat das natürlich keine weitere Bedeutung, löst sich aber theilweise die Placenta bei der plötzlichen Extraction des Kindes, wie es leider meist der Fall ist, so kommt es zu mehr oder minder profusen Blutungen. Der Uterus fühlt sich schlaff an und die schnelle Vergrösserung seines Volumens, die sich leicht durch die Bauchdecken beobachten lässt, zeigt die innere Blutung an. Sanftes Reiben des Uterus führt meist die gewünschten Contractionen herbei, es steht nicht nur die Blutung, sondern es löst sich die Placenta weiter und die Nachgeburtsperiode schreitet vorwärts.

Am zweckmässigsten geschieht diese Manipulation des Reibens in der Weise, dass man in der Höhe des fundus uteri die Hand senkrecht auf die Bauchdecken setzt und diese so weit in den Leib stülpt, dass die ganze Handfläche auf dem Fundus ruht, der nun kreisförmig sanft gerieben wird. Für die Prophylaxe ergiebt sich aber die alte Regel, dass die Extractionen mit der Zange so langsam als irgend möglich auszuführen sind. Wenn Wehen vorhanden sind, so beginnt man zugleich mit diesen den Zug, lässt ihn langsam anwachsen, dann eine Zeitlang in gleichmässiger Stärke verharren, um ihn schliesslich zugleich mit der Wehe abklingen zu lassen. Hierauf lüftet man im Interesse der Blutcirculation im kindlichen Schädel die Branchen. Mit der nächsten Wehe wird die Extraction fortgesetzt. Sind keine oder nur seltene Wehen vorhanden, so dass man auf den Eintritt derselben nicht warten kann, so muss doch der Typus der Extraction derselbe bleiben. Die Geburt des Rumpfes ist nicht unnützer Weise zu beschleunigen. — Bei Beckenendlagen aber ist die Geburt so lange als irgend möglich den Naturkräften zu überlassen, was ja auch im Interesse des Kindes nöthig ist.

M. H.! Es ist Ihnen bekannt, dass schon seit einigen Jahren viele Gynäkologen, insbesondere Ahlfeld, gegen die Credé'sche Methode der Nachgeburtsbehandlung Stellung genommen haben, und die Nachgeburt den Naturkräften überlassen wissen wollen. Zahlreiche Schäden, so auch die Blutung post partum werden der Credé'schen Expression zur Last gelegt. Küstner bekennt sich in seinem 1889 auf dem I. livländischen Aerztetag in Wolmar gehaltenen Vortrag als Anhänger Ahlfeld's, er erkennt aber an, dass man in der Praxis die Austreibung der Nachgeburt nicht immer den Wehen überlassen könne, «weil das hiesse, zugleich einen Kampf gegen ein im Laienpublicum festgewurzeltes Vorurtheil aufzunehmen, auch hier muss man den Compromiss zwischen dem als bestes Erkannten und dem Möglichen ziehen.» — Ich glaube aber, dass noch ein zweites Moment sehr zu berücksichtigen ist. Die vermeintlichen Schäden einer — wohlgemerkt! lege artis ausgeführten Credé'schen Expression, oder richtiger gesagt, der Credéschen Behandlung der Nachgeburtsperiode, sind gewiss so gering und selten, dass es, und besonders in der Landpraxis, auch im Interesse der übrigen Patienten, zu viel verlangt wäre, den Arzt nach glücklich absolvirter Geburt des Kindes noch stundenlang an das Bett der Frau zu fesseln. Dazu kommt noch, dass erst nach Ausstossung der Nachgeburt die Frau zu der ihr häufig dringend nothwendigen physischen und psychischen Ruhe kommt.

Die Nachgeburtsperiode ist daher in praxi am zweckmässigsten in folgender Weise zu leiten. Die Frau wird sofort nach der Geburt des Kindes und nachdem man sich davon überzeugt, dass kein Dammriss stattgefunden hat, warm zugedeckt, zwischen die gekreuzten Beine wird vor die Vulva ein so grosser Wattebausch gelegt, dass ein Theil desselben oben vor den Schenkeln sichtbar bleibt. Etwaige Blutung nach aussen wird an der sich imbibirenden Watte leicht bemerkt werden. Von Zeit zu Zeit wird durch Auflegen der Hand auf den Uterus dessen Contractionszustand controllirt. Alles unnütze Reiben und Drücken ist zu vermeiden. Eine stärkere Blutung in das Uteruscavum verräth sich durch die Grösse und Weichheit der Gebärmutter. Dann regt ein sanftes Reiben des fundus uteri in der oben geschilderten Art die Gebärmutter zur nöthigen Contraction an. Haben wir in dieser Weise 20—30 Minuten abgewartet, so wird jetzt in weitaus den meisten Fällen die gelöste Nachgeburt im sog. Durchtrittsschlauch (d. i. derjenige Schlauch, der vom Contractionsring abwärts von den betreffenden Weichtheilen gebildet wird) liegen. Dies ist der betreffende Zeitpunkt in dem die Expression der Nachgeburt ausgeführt werden muss. Noch eine äusserst wichtige Bedingung darf nicht aus dem Auge gelassen werden. Der Credé'sche Handgriff darf unter keinen Umständen bei schlaffem Uterus versucht werden, es ist stets eine Wehe, d. h. ein Härterwerden und Sichaufrichten der Gebärmutter abzuwarten, zögert dieselbe, so ist sie durch ein sanftes Reiben des fundus uteri anzuregen. Der Handgriff selbst wird in folgender Weise ausgeführt. Mit beiden Händen umgreift man den Uterus in der Weise, dass die Daumen vorn, die übrigen Finger an der hinteren Wand des Uterus liegen, dann drückt man (nach den eigenen Worten Credé's) in dem Augenblick, wo die Wehe ihre grösste Energie erreicht zu haben scheint, dreist auf den Grund und die Wände des Uterus in der Richtung nach der Aushöhlung des Kreuzbeines hin. Eine

stärkere Füllung der Urinblase kann die Expression behindern, daher sorge man vorher für deren Entleerung. Etwaige fester haftende Eihauttheile folgen meist einem leichten Zuge, am besten, indem die ganze Placenta um ihre Axe gedreht wird. Die geborene Placenta muss sofort auf das sorgfältigste auf ihre Vollkommenheit geprüft werden. Abgerissene Eihauttheile werden ihrem Schicksale überlassen, das Eingehen in den Uterus ist gefährlicher als die Eihautretention. Fehlende Placentarreste müssen aber sofort manuell entfernt werden, da sie zu Nachblutungen und Jauchung führen.

Wird aber die Nachgeburt nicht in der geforderten Weise abgewartet oder gar die Expression bei schlaffem Uterus versucht, so ist das ein schwerer Kunstfehler, der sich meist rächt und den Operateur in die grösste Verlegenheit setzen kann. In erster Linie sind hier die sog. «Verwachsungen der Placenta» zu erwähnen, die in Wahrheit gar nicht bestehen, sondern das fehlerhafte Vorgehen des Operateurs verdecken sollen. Es handelt sich meist um eine Strictur des unteren Gebärmutterabschnittes, die die Placenta incarcerirt, deren Entstehung aber dem unzweckmässigen Verhalten des Geburtshelfers zur Last gelegt werden muss. Wirkliche bindegewebige Verwachsungen der Placenta mit der Uteruswand kommen sehr selten vor, und diese erheischen, gleich wie die ebenso seltenen Fälle, in denen bei bedrohlicher Blutung in der Nachgeburtsperiode das Reiben des fundus uteri keinen Effect hat, die Lösung der Placenta vermittelst der eingeführten Hand. Diese Operation ist jedoch für die Frau gefährlich (Tod in 10% der Fälle, Krankheit und Siechthum wohl noch häufiger) und für den Arzt schwierig.

Meine persönlichen Erfahrungen in dieser Richtung halte ich für sehr charakteristisch. Bei der ersten Geburt, die ich selbständig leitete (noch als Student in Dorpat), musste ich die Placenta wegen «Verwachsung» manuell entfernen, in den 7½ Jahren meiner ärztlichen Thätigkeit bin ich stets, wo die Nachgeburt nicht spontan eintrat, mit «Credé» ausgekommen, einerlei ob ich zur Geburt oder erst zur Nachgeburt (wobei stets die Diagnose «angewachsene Placenta» lautete) gerufen wurde.

Ich möchte an dieser Stelle nicht unterlassen auf eine Empfehlung von Dührssen hinzuweisen, die er in allerjüngster Zeit (Juli 1895) in den Volkmann'schen Vorträgen veröffentlicht hat. An Stelle der manuellen Lösung der adhärenten Placenta, schlägt er vor, falls das Credé'sche Verfahren nach 2 Stunden noch nicht zum Ziele geführt hat, die Uterustamponade mittelst Jodoformgazestreifen. Der Tampon bleibt 24 Stunden liegen. Nach Entfernung des Gazestreifens lässt sich, nach Dührssen's Angabe, die Placenta leicht exprimiren. Ich halte diese Empfehlung für eine äusserst glückliche, da, vorausgesetzt allerdings, dass keine Zersetzung der Placenta eintritt, die Gefährlichkeit für die Frau und die Schwierigkeit für den Arzt gewiss geringer ist, als bei der manuellen Placentarlösung. Bei der Landpraxis können freilich dadurch Schwierigkeiten entstehn, dass ein weiterer Besuch des Arztes nach 24 Stunden nöthig wird. — Auf die Technik der Tamponade, die dieselbe ist, wie nach Entfernung der Placenta, komme ich später unten zurück.

Lässt sich aber die Placenta nicht nach Credé entfernen und scheut der Arzt sowohl die — im Augenblick allerdings nicht absolut indicirte — manuelle Lösung, als auch die Uterustamponade, so ist es seine Pflicht am Bette der Frau geduldig auszuharren, da durch theilweise Loslösung der Placenta jeden Moment eine tödtliche Blutung eintreten kann, die ein sofortiges aktives Eingreifen des Arztes erfordert.

Von den gewöhnlichen atonischen Nachblutungen sind noch diejenigen zu unterscheiden, die durch eine partielle Atonie, eine Paralyse der Placentarstelle allein, veranlasst sind; dabei fühlt sich der Gesammtuterus hart an.

Die partielle Atonie führt mich nun, m. H.! zu den sog. atonischen Nachblutungen, bei denen der Name das Wesen der Sache nicht trifft. In einer Reihe von Fällen können nämlich auch die kräftigsten Contractionen des Uterus die Blutung nicht zum Stehen bringen. Es handelt sich hierbei um eine mehr oder minder nachweisbare atheromatöse Veränderung der Uterus-Gefässe. Wie uns die pathologische Anatomie lehrt, ist gerade der Uterus dasjenige Organ, an dem wir schon sehr frühzeitig die Vorstadien der Arteriosklerose finden, zu einer Zeit, wo sich der Organismus auf der Höhe seiner Functionsfähigkeit befindet und an den übrigen Gefässen noch keine Veränderung wahrnehmbar ist.

Was nun die Therapie der atonischen Nachblutung anbelangt, so möchte ich von den bisher angewandten Mitteln nur folgende drei empfehlen, und dabei auch die Reihenfolge unseres therapeutischen Handelns angegeben haben.

1) Secale cornutum pulverisatum, womöglich recens paratum; von den zahlreichen Secalepräparaten ist das empfehlenswertheste Cornutinum muriaticum Koberti zu 0,005 pro dosi in Pillenform, doch ist es sehr theuer, dann Ergotin. bisdepuratum in 25%-iger Lösung subcutan. Hält man sich eine Lösung vorräthig, so ist, um Zersetzung zu vermeiden, Acid. carbol. zuzusetzen.

2) Reiben des fundus uteri.

3) Heisse oder eiskalte Uterusirrigationen; wobei zu bemerken ist, dass die heissen wirksamer sind, ausserdem führen sie der anämischen Patientin Wärme zu, und entziehen sie ihr nicht, wie die kalten, leider können sie aber auch sehr schmerzhaft sein. In Narcose wären also die heissen Irrigationen (50° C,) unbedingt vorzuziehen.

Von sonstigen Mitteln möchte ich die bimanuelle Massage im Allgemeinen nicht empfehlen. Vor der Einspritzung von Liq. ferri sesquichl. in die Gebärmutter muss ich ausdrücklich warnen, denn einerseits ist das Mittel nicht ganz sicher in seiner Wirkung und andererseits führt es oft zur Nekrose, es erzeugt sehr voluminöse Thromben, die sich leicht zersetzen.

Die drei empfohlenen Mittel haben nun den Zweck Uteruscontractionen anzuregen und damit indirekt die Blutung zum Stillstand zu bringen. Wir haben nun gesehen, dass es Fälle giebt, die unter dem klinischen Bilde der atonischen Nachblutung verlaufen, wobei aber keine Atonie des Uterus besteht, vielmehr der Uterus gut contrahirt ist. In diesen Fällen haben wir von den 3 angegebenen Mitteln keinen Erfolg zu erwarten.

Es hat nun bereits im Jahre 1887 Dührssen eine Methode der Blutstillung angegeben, die nicht nur in Fällen atonischer Nachblutung gut wirkt, sondern in einzelnen verzweifelten Fällen überhaupt das einzige Mittel ist, der Blutung Herr zu werden. Es ist eine bekannte Thatsache, dass das Einlegen eines Fremdkörpers in den Uterus ein energisches Mittel ist, Uteruscontractionen anzuregen. Auf diesem Princip beruht auch die Dührssen'sche Methode der Uterustamponade. Neben den energischen Uteruscontractionen werden hierbei aber auch die blutenden Gefässe direct comprimirt, und in dieser doppelten Wirkung liegt der eminente Vortheil dieser Methode.

Dass bei atheromatöser Veränderung der Uterusgefässe diese directe Compression das einzige rationelle Mittel ist, leuchtet ohne weiteres ein. Ferner haben wir gesehen, dass Cervixblutungen häufig für atonische gehalten werden, oder aber, wenn auch richtig erkannt, die Stillung durch die Naht nicht gelingt, die Umstechung

der Uterina aber grosse Geschicklichkeit verlangt, — durch die Dührssen'sche Methode werden auch diese Blutungen mit Erfolg behandelt.

Im Centralblatt für Gynäkologie (1887. Nr. 35) giebt nun Dührssen folgendes Verfahren an:

«In einer Blechkapsel, welche ich stets mit mir führe, befinden sich mehrere zusammengerollte 3 Meter-lange handbreite, je aus 4 Lagen bestehende Streifen einer 20% Jodoformgaze, die noch mit Jodoformpulver bestreut sind. Behufs Ausführung der Tamponade fixire ich zunächst den Uterus mit 2 Kugelzangen. Die Kugelzangen setze ich möglichst hoch in die vordere Lippe ein, weil sich sonst durch Dehnung und Ausziehung der schlaffen Lippe, eine Art sehr langen Cervicalkanals bildet, welcher die Einführung der Gaze etwas erschwert. Mit einer 30 Cm. langen anatomischen Pincette wird sodann das eine Ende des Streifens ergriffen und dasselbe, falls der Muttermund bis in die Vulva herabgezogen ist, nur unter Leitung des Auges, sonst unter derjenigen eines Fingers in den Uterus hineingebracht. Sobald wie die Spitze der Pincette im Uteruscavum liegt, umfasst die linke Hand den fundus, und jetzt erst wird die Pincette bis zum fundus in die Höhe geführt. Sodann fasst die Pincette ein tieferes Stück des Gazestreifens und bringt auch dieses in den fundus. Auf diese Weise wird, indem die einzelnen Stücke des Gazestreifens sich, wie Fritsche es nennt, «fächerförmig» an einander legen, allmählig der ganze Uterus ausgestopft. Wunderbar ist es, wie bald der Uterus ausgefüllt ist. Dies rührt daher, dass nach Einführung eines Theils des Streifens der Uterus sich, jedenfalls bedingt durch den Reiz des fremden Inhaltes auf seine Wandungen, rasch und sehr fest zusammenzieht.»

Den oberen Theil der Scheide, empfiehlt Dührssen noch fest mit Salicylwatte auszustopfen, da es sonst zuweilen durch die durchlässige Gaze durchblutet.

Sie sehen also, m. H.! dass diese Methode recht einfach ist und ohne weiteres ausgeführt werden kann.

Küstner empfiehlt das Dührssen'sche Verfahren in seinem oben citirten Vortrag mit folgenden Worten:

«Für die Cervixrisse und eventuell auch tiefe Scheidenrisse war die Tamponade auch schon früher empfohlen; vor den bisher angewandten Methoden aber hat die Dührssen'sche Tamponade den ganz unbestreitbaren Vortheil, dass bei ihr alle Theile des Genitaltractus versorgt werden. Es wird alles tamponirt, was überhaupt zur Quelle einer Blutung werden oder geworden sein kann und deswegen gewinnt die Tamponade für die Praxis die Bedeutung eines Blutstillungsmittels, welches nicht blos Anwendung verdient in seltenen Fällen, in welchem die bisher accreditirten Mittel im Stiche liessen, sondern es ist ein gleich brauchbares und gleich sicher wirkendes Verfahren, die Blutung mag stammen aus Risswunden des Cervix, sie mag stammen aus pathologisch degenerirten Uterusarterien oder aus den durch ungenügende Contractionen nicht verschlossenen normalen Uteroplacentargefässen. Da dieses Mittel in der Hand eines Geburtshelfers, welcher die Antiseptik beherrscht, ungefährlich ist, so braucht man seine Anwendung vielleicht nicht als ein ultimum refugium zu betrachten, sondern man kann es vielleicht schon benutzen, um einer Frischentbundenen einen schweren Blutverlust zu ersparen.» —

Ich selbst bin bisher nur einmal in die Lage gekommen (im Herbst des vorig. Jahres) die Uterustamponade auszuführen. Nach einer leichten Zange wegen secundärer Wehenschwäche und programmmässig verlaufenden Nachgeburt stellte sich eine heftige Blutung ein, die trotz Darreichung von Secale und Reiben des Uterus nicht stand.

Mit Zubereitung und Application einer heissen oder kalten Ausspülung hielt ich mich nicht weiter auf, letztere hätte sich einwandfrei überhaupt nicht beschaffen lassen, sondern ich führte die Uterustamponade aus. Die Blutung stand prompt nach Application der Jodoformgaze. Die Tamponade der Scheide mit Watte liess ich bleiben, da einerseits die Blutung auch so stand und andererseits ich am folgenden Tage zur Entfernung der Watte den sehr weiten Weg hätte hinausfahren müssen, worauf die Angehörigen nicht eingegangen wären. Ich liess daher das Ende des Gazestreifens zur Vulva hinaushängen und gab der Hebamme die Weisung, den ganzen Streifen nach 24 Stunden langsam herauszuziehen, falls derselbe bis dahin noch nicht spontan ausgestossen ist. Das Wochenbett verlief normal.

Zum Schluss möchte ich es noch an dieser Stelle aussprechen, dass ich den Eindruck gewonnen habe, dass die Uterustamponade und das Bewusstsein der Pflicht des Geburtshelfers, das nöthige Material in der geburtshülflichen Tasche stets bei sich zu führen, viel zu wenig Eingang und Verbreitung in unserer Heimath gefunden hat. — Im Nothfalle ist es auch gestattet, hydrophile Gaze oder auch handbreite Leinwandstreifen, 5 Minuten gekocht und in 3% Carbollösung ausgedrückt, zu verwenden. Besser ist es gewiss, auch mit zweifelhaftem Material, ehe es zu spät ist, einen Versuch zu machen, als mit nutzlosem Manipuliren, die kurze Spanne Zeit zur Lebensrettung zu vergeuden.

Ist es uns dann gelungen, der Blutung Herr zu werden, so müssen wir, falls sich eine stärkere acute Anämie bemerkbar macht, der Behandlung dieser unsere Aufmerksamkeit zuwenden. Tieflagerung des Kopfes, Zuführen von Wärme durch Decken und heisse Kruken, Wein, Kaffee, dazwischen kleine aber häufige Gaben Wasser per os, Aether und Campherinjectionen sind die geeigneten Maassnahmen. Intravenöse und subcutane Kochsalzinfusionen (0,6%-ige Lösung) lassen sich häufig wegen Mangel der nöthigen Instrumente oder einer sterilen Lösung nicht ausführen. Autotransfusion durch elastische Einwickelung der Extremitäten ist sehr schmerzhaft und nicht ungefährlich. An Stelle dieser Maassnahmen sind Rectalinjectionen einer lauwarmen Kochsalzlösung empfohlen worden, alle 10—15 Minuten 30—60 Ccm. Da diese Lösung natürlich nicht steril zu sein braucht, so ist sie überall leicht zu beschaffen, ihrer Ungefährlichkeit halber ist ein Versuch gewiss zu empfehlen. Auch 20—30 Tropfen Opiumtinctur innerlich gegeben, sollen nach erfolgter Blutstillung äusserst wohlthätig wirken.

Referate.

F. Dennis: The Etiology, Diagnosis and Treatment of malignant disease. Annals of Surgery. Oct. 1895 p. 417.

Einer Verletzung folgt oft die Bildung eines Sarcoms, resp. Knochensarcoms. Aetiologische Momente sind entzündliche Veränderungen und periphere Reizungen. (Eczem der Brustwarze z. B.). In schlecht genährten Geweben bei Gegenwart beständiger Reizung ist die Ausbildung von malignen Geschwülsten wahrscheinlich. (Nicotin). Zur sicheren Stellung der Diagnose empfiehlt D. das Harpuniren der Geschwulst, zur mikroskopischen Untersuchung der entfernten Theilchen. Die Erkrankung ist anfangs local. Behandlung möglichst radical, bei Sarcoma malleoli ext. z. B. Amputatio femoris. Im allgemeinen ist frühe Diagnose, radicales Operiren und Wiederholung der Operationen wenn nöthig, das einzig Sichere. Butz.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

Sitzung am 15. Mai 1895.

(Schluss).

Die klinische und die anatomische Diagnose stimmen in mehreren Punkten gut überein. Für Referenten von grossem In-

teresse sind aber die beiden Punkte, die nicht übereinstimmen: der von ihm diagnosticirte Lungeninfarct war nicht da und eine von ihm nicht diagnosticirte Mitralstenose war da.

Es ist ganz unzweifelhaft (Dr. Michelson und Ref. haben das zu oft constatirt), dass im hinteren unteren Abschnitt der linken Lunge pathologische Veränderungen vor sich gingen, die anfangs circumscripte Dämpfung der Percussion mit Crepitiren, dann nach monatlangem Bestehen (unter reichlicher Expectoration eitrigen Schleimes) zu hell tympanitischem Percussionsschall mit klingender Consonanz der Rasselgeräusche und Herztöne Veranlassung gaben. Ob es wirklich ein Infarct war, ob Blutspeien und Stiche nicht anderweitige Ursachen hatten, das ist nicht zu beweisen, ferner ist natürlich zuzugeben, dass eine Cavernenbildung (wie angenommen war) nicht stattgefunden hat, endlich muss erwähnt werden, dass während der letzten 14 Lebenstage die Brust der Pat. nicht untersucht worden ist — aber immerhin bleibt es räthselhaft, dass die Section einen Lungenabschnitt als ganz normal erweist, wo noch 14 Tage vor dem Tode exquisite physicalische Symptome, Consonanzerscheinungen, nachweisbar waren. War das Lungengewebe dort durch Blutüberfüllung splenisirt gewesen und daher die in den erweiterten Bronchien entstehenden Geräusche als consonirende hörbar.?

Ein solcher diagnostischer Fehler hat im Einzelfalle gar keine verwerthbare Bedeutung. Aber Ref. hat es schon selbst erlebt und weiss von Collegen dasselbe, dass die Sectionen von während des Lebens aufmerksam baobachteten Privatkranken solche überraschende negative Befunde gezeigt haben, aber nur bei Hysterischen. Er verzichtet auf jeden Versuch der Erklärung, warum wiederholt constatirte Exsudate, Verwachsungen, Organverlagerungen etc. bei solchen nicht gefunden werden. Er bittet nur die Collegen auf ähnliche Vorkommnisse in ihrer Praxis zu achten. Besonders bei der Entscheidung, ob eine Operation gemacht werden soll, sind — wenn es sich um Hysterische handelt — solche Erfahrungen werthvoll. Sie werfen auch Licht auf die Wunderheilungen (Lourdes, Esther etc.) bei solchen Krankheiten, die von «gewissenhaften und erfahrenen Aerzten constatirt» waren.

Was nun zweitens die vom Ref. nicht diagnosticirte Mitralstenose betrifft, so lässt er sich diesen Fehler in der Diagnose gern auf seine Rechnung schreiben, da sie doch von Dr. Hampeln erkannt worden war, erlaubt sich aber zu seiner und seiner Mitirrenden Rechtfertigung Einiges anzuführen. Auf seine Bitte theilt Dr. Hampeln ihm die Anhaltspunkte mit, auf welche von letzterem die Mitralstenose diagnosticirt war. H. schreibt: «Allgemeinerscheinungen eines Herzleidens, objective, lagen nicht vor; keine Circulationsstörungen, aber das erklärt sich aus den geringen an die Herzkraft gestellten Anforderungen (grosse Ruhe, Horizontallage). Dagegen waren direct für Mitralstenose characteristische Zeichen da: praesystolisches Geräusch an der Herzspitze mit verstärktem ersten Mitralton und verstärktem zweiten Pulmonalton, der zugleich gespalten war. Dabei Vergrösserung des Herzens rechterseits und Zeichen eines Lungeninfarctes. Endlich gab auch die Anamnese (Rheumarthritis) wichtige, bestätigende Anhaltspunkte».

Ja, wenn in Petersburg auch diese Häufung aller für Mitralstenose sprechenden Symptome vorhanden gewesen wäre, so wäre auch hier die richtige Diagnose gestellt worden. Das war aber hier nie der Fall und Ref. möchte auch dazu die Erklärung in der Hysterie der Kranken suchen. Bei solchen haben alle Symptome etwas Inconstantes, Chamäleonartiges. Was heute im Vordergrunde steht und Alles beherrscht, tritt morgen ganz zurück und es ist möglich, dass ein Arzt, der solche Kranken nur einmal untersucht mehr Chancen hat, das Richtige zu erkennen, als der dauernd behandelnde, der dabei das ewig Wechselnde sieht.

Auch Hampeln fand keine Circulationsstörungen (Oedeme Stauungen etc.) und erklärt es durch die constante Ruhe, die Horizontallage. Ja, aber das war früher nicht der Fall. Sie führte ein sehr thätiges Leben, reiste und stieg noch vor 1½ Jahren Berge. Und die Mitralstenose ist doch wahrscheinlich alten Ursprungs (wenigstens bestanden die Anfälle von Tachycardie mit Angstgefühl seit Herbst 1891), wenn der Gelenkrheumatismus aus dem 12. und 20. Lebensjahre den Herzfehler veranlasst hat. Es bleibt das Fehlen der erkennbaren allgemeinen Circulationsstörungen bis fast zuletzt sehr auffallend. Ein präsystolisches Geräusch ist hier nie gehört worden und die Spaltung des 2. Tones war am deutlichsten an der Spitze zu hören, schwächer auf dem Sternum und seiner Umgebung, auch die Verstärkung des II. Pulmonaltones war ganz inconstant. Was den ersten Ton an der Spitze betrifft, so war er in der That oft so verstärkt, dass man ihn auch auf der linken Rückenhälfte hörte, andererseits fand ihn ein erfahrener Kliniker klanglos, hölzern und schloss daher auf Myocarditis.

Auch der Tod trat vielmehr unter den Symptomen eines Gehirnleidens als eines Herzleidens ein. Mehr und mehr bewusst- und sprachlos lag sie horizontal im Bette ausgestreckt, oft im Cheyne-Stokesschen Typus, zuweilen auch in rythmischen, schnarchenden Athemzügen athmend. Der Puls war zeitweilig viel regelmässiger als er in den letzten Lebensmonaten gewesen war.

Diese Verzwickung der Nerven und Herzsymptome, die sich gegenseitig verdeckten, machen den Fall lehrreich und entschuldigen die so sehr ausführliche Mittheilung.

(Autoreferat).

Dr. Westphalen sieht nicht ein, warum Ref. von seiner Diagnose eines stattgehabten Lungeninfarctes zurücktreten will, da derselbe ja ausgeheilt sein kann. Das Einzige, was dagegen spreche, wäre das Fehlen einer Verwachsung der Pleura, zu welcher es aber nicht immer nothwendiger Weise zu kommen brauche. Noch weniger sei der Nachweis einer Narbe erforderlich. Ein Infarct in der Milz und den Nieren, wo Endarterien sind, bewirke Ischaemie, Necrose und bindegewebige Narbe. In den Lungen, wo es keine Endarterien giebt, komme es daher weder zur Ischaemie noch zur Necrose oder bindegewebigen Narbe. Den Herzbefund anlangend, so habe man neben der Mitralstenose auch ein neurotisches Herz gefunden. Folglich hätten beide Diagnosen sich bestätigt. Das Herz war nicht so stark stenotisch, dass es stark ausgesprochene Erscheinungen darbieten konnte. Die Section bot zwar Stauungen in allen Organen, aber noch keine Bindegewebsentwickelung in denselben, wie sie nach sehr lange dauernder Stenose eintritt.

Dr. Masing deutet darauf hin, dass, da das Trimspidalostium gleichfalls etwas verengt war, vielleicht dadurch der Effect der Mitralstenose ausgeglichen worden sein könne.

Dr. Kernig ist gleichfalls der Ansicht, dass ein Infarct resorbirt werden kann, falls er aseptisch bleibt. Eine Verwachsung der Pleura könne verhindert werden, wenn der Infarct eintritt bei gleichzeitig bestehendem Hydrothorax. Letzterer hindere die Verklebung der beiden Pleurablätter. Oft sehe man bei Herzfehlern einen Hydrothorax entzündliche Erscheinungen annehmen. Oft auch schwinden bei Herzfehlern alle hydropischen Erscheinungen, aber auf der einen oder der anderen Seite bleibt das Exsudat bestehen und weicht keiner Behandlung. Der Grund müsse in diesen Fällen in einem eingetretenen Infarct zu suchen sein. Die Entstehung der Lungeninfarcte anlangend macht Dr. Kernig darauf aufmerksam, dass die grösste Zahl der Herzkranken nicht mit Klappenfehlern sondern mit arteriosklerotischen und Fettherzen belastet ist, und bei diesen gerade finden die Lungeninfarcte am häufigsten statt. Er glaubt, dass dieselben von kleinen Fibringerinnseln herrühren, welche zwischen den Trabekeln des rechten Herzens entstehen und von dort in die Lungen gelangen. Das Fehlen von Geräuschen bei Klappenfehlern des Heszens erklärt Dr. Kernig sich dadurch, dass die Klappenrauhigkeiten sich oft abschleifen, so dass man, wenn man den Patienten nicht früher untersucht und ein Herzgeräusch constatirt hätte, oft im Zweifel sein könnte, ob da überhaupt einmal ein Geräusch gewesen wäre. Das Hauptsymptom zur Diagnose der Mitralstenose sei jedoch der stets gleichbleibende kleine Puls.

Dr. Koch erinnert sich gleichfalls eines Falles, wo nach 7 Jahren die vorher bestandenen Geräusche vollständig geschwunden waren.

2. Dr. Masing: Fall von angeborenem Defect in der Herzscheidewand bei einem jungen Mädchen, dessen 4 ältere Geschwister alle Schädelrhachitis gezeigt hatten und von denen eines 1½ Jahre alt unter Convulsionen gestorben war, während zwei andere im ersten Lebensjahre an Encephalitis und Convulsionen mit bleibenden Lähmungen und Abschwächung der Intelligenz erkrankt waren. Bis zum 8. Monate war an dem uns interessirenden, im Juni 1879 geborenen, vollkommen normal und besonders kräftig entwickelten Kinde nichts Krankhaftes zu bemerken. Im Februar 1880 trat ohne irgend welche Prodrome in der Nacht ein epileptiformer Anfall vornehmlich der linken Extremitäten von 3½-stündiger Dauer ein, worauf sich unter Temperatursteigerung ausgesprochene motorische und sensible Lähmung der linken Gesichtshälfte und der linken Extremitäten einstellte. Der nach einigen Tagen zur Consultation gebetene Dr. Koch entdeckte ein deutliches systolisches Geräusch am Herzen, das selbst auf der linken Seite des Rückens hörbar war. An der Herzspitze neben bem Geräusche auch der erste Ton hörbar. Lage, Grösse, Energie des Herzens normal. Da vorher keine Veranlassung zu einer Untersuchung des Herzens vorgelegen hatte, so lässt sich nicht entscheiden, ob das systolische Geräusch von der Geburt an existirt hatte oder erst seit den Convulsionen aufgetreten war. Ende November 1880 trat wieder ein 2 stündiger Krampfanfall auf mit Temperaturerhöhung im Gefolge, aber ohne neue Lähmungen. Im December 1880 und Januar 1881 kamen wieder solche unmotivirte Tem-

peraturstelgerungen ohne Localaffectionen vor, die nach einigen Tagen schwanden. Das Geräusch am Herzen blieb unverändert. Durch Massage besserte sich die Lähmung soweit, dass die Patientin zum Schlusse des 2. Lebensjahres zu gehen anfing. Gleichzeitig begannen aber jetzt — im Sommer 1881 — eigenthümliche Anfälle: keine Krämpfe, keine Bewusstseinstörung, aber plötzliches Rothwerden des Gesichts, ängstlicher Gesichtsausdruck, Anklammern an den Nächststehenden, einige tiefe Respirationen — dann plötzlich, nach 1–2 Minuten Dauer schwindet wieder Alles. Diese Anfälle wurden im Laufe des Jahres 1881—1882 häufiger, schliesslich traten sie täglich mehrere Mal auf. Das Herzgeräusch wuchs an Intensität und Extensität und war jetzt bis zur linken Achsellinie hörbar. Dabei begann das Herz zu gross zu werden. Zur Entscheidung der Frage, ob die Anfälle vom Herzen oder vom Gehirn abhängig seien, wurde im November 1882 Dr. Rauchfuss consultirt. Er constatirte: Unvollständige Hemiplegie der linken Körperhälfte (auch Gesicht). Keine Cyanose. Puls voll. Beide Ventrikel hypertroph. Systolisches Geräusch am deutlichsten an der Herzbasis, rechts lauter als links, daneben der I Ton hörbar, II. Ton sehr laut, sowohl in der Aorta als auch in der Pulmonalis, in beiden gleich stark. Das Geräusch setzt sich in die Carotiden fort, links mehr als rechts. Dr. Rauchfuss' Diagnose lautete: Angeborene Communication der beiden Herzhälften, wahrscheinlich Ventrikel. Die Anfälle nicht vom Herzen abhängig, weil sie von zu kurzer Dauer sind und ohne Respirationshindernisse verlaufen. Dieselben cerebral — petit mal — beginnende Epilepsie.

Im Laufe der Jahre wurden noch andere Aerzte consultirt, die jedoch meist eine angeborene Mitralinsufficienz annahmen. Die Anfälle von petit mal wurden allmählig stärker, 3–5 Minuten dauernd und viele Mal täglich. Vom 4. Lebensjahre an wurden die linken Extremitäten dabei in starker Extension steif; Röcheln, nach Athem Ringen, Bewusstseinsstörungen traten hinzu. Der Charakter des Kindes wurde allmälig ein jähzorniger, die Intelligenz jedoch war nicht sehr geschwächt. Sie lernte in 3 Sprachen lesen und schreiben. — Mit der grössten Bestimmtheit versichern die Angehörigen, dass während der langen Jahre recht constant eine schlechtere und eine bessere Woche wechselten; die Neulicht- und Vollmondwoche waren die schlechten, wo die Anfälle schwerer, der Jähzorn heftiger war. Andere Verhältnisse waren ohne Einfluss. In den letzten Jahren, während dessen sich der Körper zu blühendem Ernährungszustande entwickelt hatte, gesellten sich zu den früheren ab und zu vollständige typische epileptische Krampfanfälle, deren einem die Patientin im August 1894 ganz unerwartet erlag.

Die Section ergab compacten, übrigens völlig symmetrischen Schädel. Dura mater frei. Nach ihrer Entfernung erscheint die Convexität der rechten Hemisphaere etwas flacher als links. Die Pia mater der rechten Seite ist trüber, dicker und löst sich leichter von der Unterlage als links. Gyri normal, nur unten an der stumpfen, vorragenden Spitze des rechten Schädellappens sind die Gyri etwas schmäler und deutlich derber als entsprechend links. Ueberall auf den Einschnitten in die Rinde erscheint das Grau völlig intact. Die Glandula pinealis ist zu einer gelblichen, kugligen, ziemlich derben Geschwulst von der Grösse einer starken Erbse verändert. Die Streifenhügel in ihren vorderen Abschnitten gleich gross, normal; der rechte Sehhügel ist kleiner als der linke, sonst nicht verändert. Die ganze Region des rechten Linsenkernes jedoch befindet sich in deutlicher Erweichung, Grau und Weiss kaum differenzirt, aber keine Verfärbung.

Herzbeutel zart, in ihm 2–3 Unzen klarer Flüssigkeit. Herz im Vergleich zum Alter entschieden vergrössert. An der Herzspitze eine bindegewebige Adhäsion zwischen parietalem und visceralem Pericardium. Der linke Ventrikel weiter als normal und das Myocard sicher leicht verbreitert. Rechter Ventrikel weder dilatirt noch hypertrophisch. Musculatur, Endocard, Pulmonal-, Tricuspidal-, Mitrallappen und deren Ostien sowie Aorta normal. Aortenostium normal weit, besitzt jedoch nur zwei Semilunarklappen, welche das Ostium übrigens vollkommen zu decken scheinen und nur eine ganz leichte Randverdickung sowie an der Basis anscheinend kalkige Einsprengungen von Stecknadelkopfgrösse aufweisen. In der Vorhofsscheidewand, die von leicht trabeculärer Beschaffenheit ist, ist das Foramen ovale vollkommen überbrückt, jedoch findet sich in der Membran desselben ein linsengrosser, kreisrunder und scharfrandiger Defect. (Demonstration des Herzpräparates).

Ob der Defect in der Vorhofsscheidewand von der Geburt an bestanden oder erst während der abnormen Druckverhältnisse entstand, als das achtmonatliche Kind einen 3½-stündigen Anfall allgemeiner Convulsionen zu bestehen hatte, ist nicht zu entscheiden. Letzteres soll mehrfach beobachtet worden sein, dass nämlich die schon complet geschlossene Membran des Foramen ovale sich unter abnormen Druckverhältnissen in der Herzhöhle wieder öffnete. Das constante Herzgeräusch in diesem Falle ist nach Ansicht des Ref. gewiss von der Perforation der Vorhofsscheidewand abhängig, da eine andere Veranlassung zu einem solchen Geräusche nicht vorlag, denn die Anomalie an den Aortenklappen könne dazu nicht herangezogen werden, da eine Insufficienz derselben ein diastolisches Geräusch veranlasst hätte. Eine solche war aber nicht da, die zwei Klappen besorgten den Verschluss vollkommen. Sehr oft freilich sind solche Communicationen beider Herzhälften in der Leiche gefunden worden, ohne dass im Leben Geräusche constatirt worden wären. Ob in vorliegendem Falle die kleine Perforationsöffnung in der Vorhofsscheidewand so beträchtliche Circulationshindernisse gesetzt haben sollte, dass der linke Ventrikel hypertroph werden musste, scheint Ref. übrigens zweifelhaft. Es liesse sich durchaus nicht von der Hand weisen, dass die häufigen und langdauernden epileptischen Krämpfe die Circulationsstörungen zu Stande brachten, welche die Veranlassung zur Verdickung des linken Ventrikels abgaben.

Director: Dr. C. v. Lingen.
Secretär: Dr. N. Jalan de la Croix.

Dr. med. Friedrich Mobitz †.

Am 4./16. November starb in Giessen Dr. med. Friedrich Mobitz. Der Verstorbene war am 29. Juli 1856 in St. Petersburg geboren, studirte zuerst in Petersburg Mathematik und von 1878—1883 in Dorpat Medicin. Nachdem er dann in Berlin, Dresden (wo er Hilfsarzt am Entbindungsinstitut war), Prag und Wien seine Studien fortgesetzt hatte wurde er im Jahr 1884 zuerst Assistenzarzt am hiesigen Deutschen Alexanderhospital für Männer, dann ausseretatmässiger Ordinator am Obuchowhospital. 1893 verliess er als jüngerer Ordinator das Obuchowhospital und siedelte nach Deutschland über, wo er das Staatsexamen absolvirte und sich — in Wetzlar niederliess. Wie wir hören erkrankte er im Sommer dieses Jahres unter Symptomen, die auf einen geschwürigen Process im Magen (Ulcus rotundum oder carcinomatosum?) hinwiesen. Die in der chirurgischen Klinik zu Giessen vorgenommene Gastroenterostomie hat ihm offenbar die erwartete, wenn auch nur zeitweilige, Erleichterung seiner Leiden nicht gebracht und am 4./16. November ist er dahingeschieden. Während seines Aufenthaltes in St. Petersburg war der Verstorbene eifriges Mitglied des allgemeinen Vereins St. Petersburger Aerzte, in dessen Protokollen eine Reihe von Vorträgen, die er gehalten hat, niedergelegt sind. Auch zu unserer Wochenschrift hat Mobitz als Mitarbeiter in nahen Beziehungen gestanden. Echt wissenschaftlicher Geist, ungewöhnlich umfassende und vielseitige Kenntnisse, unermüdlicher Fleiss zeichneten seine ärztliche Thätigkeit aus, ehrliches und offenes Wesen, besonnenes und selbstständiges Urtheil charakterisirten den Menschen. Mit tiefem Bedauern erfüllt uns das frühzeitige Hinscheiden unseres lieben Collegen, dem noch eine fruchtbringende und reiche Wirksamkeit bevorzustehen schien. In Ehren werden seine hiesigen Freunde, Collegen und Bekannten immerdar sein gedenken.

Er ruhe in Frieden.

Die «Entbindungsanstalt, gegründet von den evangelischen Gemeinden in St. Petersburg»

wurde am 8. November feierlich eröffnet — allerdings noch nicht in dem Umfang, der für die Zukunft geplant ist. Unsere Leser wissen aus der Zuschrift des Directors der Anstalt, Dr. C. Wiedemann (cf. diese Wochenschr. № 42), warum zunächst der Bau auf dem gekauften Grundstück noch nicht in Angriff genommen wird. Die provisorische Anstalt, für 300–400 Geburten im Jahr berechnet, ist in einem alleinstehenden Haus auf Wassili-Ostrow (7. Linie № 34) eingerichtet worden, und zwar in einer Weise, die der Anstalt für viele Jahre eine erspriessliche Thätigkeit sichern kann. Die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, dass ein nicht ad hoc erbautes Haus in ein Gebärasyl umgewandelt werden musste, sind bis auf Kleinigkeiten in sehr praktischer und glücklicher Weise überwunden worden. Im ersten Stockwerk befinden sich folgende Räume: 1 grosses Wartezimmer, 1 Ambulanzzimmer, 1 Zimmer für 4 Schwangere, 1 Separatzimmer für eine zahlende Schwangere, 1 Cabinet für die Aerzte, Küche, Wannenzimmer, Wohnräume für die Oberin und eine Hebamme, ferner in einem

Nebengebäude im Hof 1 Zimmer für den Assistenten, 1 gemeinsamer Speisesaal, Zimmer für die Angestellten, 1 Plättraum. In der II. Etage: 1 Zimmer zur Untersuchung neu eintretender Gebärender, 1 Kreisszimmer mit 2 Betten, 1 Operationszimmer, 1 Zimmer für 5 Wöchnerinnen, 1 Zimmer für zwei und 1 Zimmer für eine zahlende Wöchnerin, 1 Isolirzimmer für erkrankte Wöchnerinnen, Wannenzimmer, Baderaum für die Kinder. Es braucht wohl nicht hervorgehoben zu werden, dass die Einrichtung der ganzen Anstalt in jeder Beziehung den rigorosen Anforderungen der heutigen Hygiene und Asepsis entspricht. Wohl aber muss hervorgehoben werden, dass Alles gethan worden ist, um der Anstalt den anheimelnden Charakter einer grossen Familienwohnung zu geben — denn dadurch unterscheidet sie sich wesentlich von unsern grossen Gebärasylen. Gerade eine Entbindungsanstalt muss ja den nüchternen Hospitalcharakter am meisten vermeiden. Noch mehr als die vielen dankbaren Patienten des Evangelischen Hospitales und des deutschen Alexanderhospitals werden die Insassinnen der neu eröffneten Entbindungsanstalt den Gründern, denen hierbei offenbar feinfühlige Frauenhände geholfen haben, Dank wissen dafür, dass sie sich heimisch fühlen werden in den schweren Stunden die sie hier zu durchleben haben.

Von Herzen schliessen wir uns den zahlreichen Glückwünschen an, die von der am Mittwoch zur Eröffnungsfeier versammelten illustren Gesellschaft ausgesprochen wurden. Möge in nicht zu ferner Zukunft aus dem vielversprechenden Anfang das grosse Werk erblühen, das von unsern opferfreudigen evangelischen Gemeinden wieder zum allgemeinen Nutzen in Angriff genommen worden ist.

Vermischtes.

— Dem ehemaligen älteren Arzt des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg, wirkl. Staatsrath Dr. Schmitz, ist der St. Stanislaus-Orden I. Classe verliehen worden.

— Der wirkliche Staatsrath Dr. Koch ist in der Eigenschaft eines Ehrenmitgliedes des wirthschaftlichen Comités des hiesigen Nikolai-Kinderhospitals in den Dienst gestellt worden.

— Der Professor der Lehre von den Epizootien an der mil.-med. Academie, wirkl. Staatsrath Woronzow, ist nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist auf weitere 5 Jahre im Dienst belassen worden.

— Am 3. November feierte der ehemalige Medicinalinspector von Kurland, Wirkl. Staatsrath Dr. med. et chir. Mulert seinen 80. Geburtstag. Aus diesem Anlass ernannte ihn der »Wissenschaftliche Verein Mitauscher Aerzte», dem M. seit 1840 angehört, zu seinem Ehrenmitglied.

— Der durch seine Forschungsreisen in das Polarmeer und auf die neusibirischen Inseln bekannte Marinearzt Dr. Alexander Bunge hat vor Kurzem als älterer Schiffsarzt wiederum eine längere Seereise auf dem Kreuzer I. Ranges «Rurik» angetreten.

— Dr. F. Gräbner hat in Cannes eine Pension für scrophulöse anämische, reconvalescente und überhaupt erholungsbedürftige Knaben eröffnet. Der Pensionspreis beträgt 150—300 Frcs. monatlich. Auf Wunsch kann Unterricht in den Gymnasialfächern in deutscher und russischer Sprache ertheilt werden. Conversation im Hause deutsch, französisch und russisch. Aufnahme findet jederzeit statt. Nöthigenfalls kann gegen Erstattung der Reisekosten III. Klasse ein zuverlässiger Mann den Pensionären entgegengeschickt werden. Adresse: Cannes, Châlet Montfleury.

— Verstorben: 1) In Moskau am 3. November im hohen Alter der dortige Arzt, wirkl. Staatsrath Constantin Pagenkopf, der bereits im Jahre 1836 seine praktische ärztliche Thätigkeit begann. 2) Am 4. November zu Helsingfors der dortige praktische Arzt Alex. Chosjainow. Derselbe war im Jahre 1834 in Libau geboren. 3) In Moskau der Oberarzt des dortigen Sophien-Kinderhotpitals Dr. Jegor Pokrowski im 60. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hat sich durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Kinderhygiene, sowie als Redacteur einer der besten russischen pädagogischen Zeitschriften einen Namen gemacht.

— Am 5. November n. St. beging der auf dem Gebiete der Syphilidologie und Dermatologie rühmlichst bekannte Professor der Berliner Universität, Dr. Georg Lewin, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Unseren älteren Lesern wird noch erinnerlich sein, dass Prof. Lewin i. J. 1879 in St. Petersburg war, um den Fall Naum Prokofjew, welchen Prof. Botkin für asiatische Pest erklärt hatte, näher zu studiren. Schon sollte Deutschland gegen Russland durch eine strenge Quarantäne abgesperrt werden, als Lewin, der im Auftrage der preussischen Regierung nach Petersburg gesandt war, die Diagnose Pest mit Bestimmtheit sofort verwarf und dadurch beide Reiche von wirthschaftlich folgenschweren Schritten abhalten konnte.

— Zum Director des Pasteurschen Instituts ist einstimmig der frühere Gehülfe Pasteurs, Dr. Duclaux gewählt worden. Dr. Roux bleibt als Subdirector am Institut.

Auf den Lehrstuhl der Chirurgie in Bonn ist an Professor Trendelenburg's Stelle der Oberarzt des neuen allgem. Krankenhauses in Hamburg, Dr. Max Schede berufen worden.

— Prof. v. Esmarch in Kiel hat einen Urlaub für das Wintersemester genommen. Die interimistische Leitung der chirurg. Klinik ist dem Privatdocenten Dr. Aug. Bier übertragen worden.

— Die französische Regierung hat dem Greifswalder Bacteriologen Professor Dr. Löffler, in Anerkennung seiner verdienstvollen Entdeckung des Diphtheriebacillus, das Grosskreuz der Ehrenlegion verliehen. Diese Auszeichnung ist um so höher zu veranschlagen, als seit dem deutsch-französischen Kriege keinem andern deutschen Gelehrten von französischer Seite eine solche zu Theil geworden ist.

— Die Redaction der hierselbst im Verlage von W. Ettinger erscheinenden «Praktitscheskaja Medicina» hat nach dem Rücktritt Prof. M. Afanasjews der Privatdocent der mil.-med. Academie, Dr. H. Herzenstein, übernommen.

— Zur Bereitung des Diphtherie-Heilserums sind dem hiesigen Institut für Experimental-Medicin 32,000 Rbl. angewiesen worden.

— In St. Petersburg sind, wie das Medicinaldepartement bekannt giebt, seit dem 10. October in verschiedenen Theilen der Stadt wiederum vereinzelte choleraartige Erkrankungen aufgetreten, deren Gesammtzahl vom 10.—25. Oct. 27 betrug, von denen 12 mit dem Tode endigten. Gleichartige Erkrankungen wurden auch nach dem 25. October und zwar in Zunahme der Zahl, beobachtet. Im Ganzen sind vom 10. October bis zum 4. November 65 solcher Erkrankungen vorgekommen, die 31 Todesfälle zur Folge hatten. Die höchste Zahl der Erkrankungen an einem Tage (vom 30. auf den 31. Oct.) betrug 8, die der Todesfälle 5.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. November d. J. 7208 (242 mehr als in d. Vorw.), darunter 1004 Typhus — (188 mehr), 780 Syphilis — (14 mehr) 128 Scharlach — (5 mehr), 52 Diphtherie — (24 wenig.), 64 Masern (21 mehr), und 12 Pockenkranke — (4 wenig.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. October bis 4. Novembes 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
282	243	525	99	39	96	12	12	19	61	54	49	31	24	21	7	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 5, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 6, Diphtherie 18, Croup 4, Keuchhusten 18, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 4, Cholera nostras 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 13, Krankheiten der Verdauungsorgane 59, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 14. November 1895.

Tagesordnung: 1) Dr. Högerstedt: Ueber die krankhafte Verengerung und Verschliessung der vom Aortenbogen abgehenden grossen Arterien.

2) Dr. Mendelson: Mechanismus der Scoliosis ischiadica s. neuropathica.

Annahme von Mitgliedsbeiträgen für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. November 1895.

Tagesordnung: Dr. Schmitz: Ueber Peritonealtuberculose.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

HEILANSTALT NEUFRIEDENHEIM

bei München.

Aufnahme von Nerven- und Gemüthskranken

beider Geschlechter.

Neuerbaute, mit allem modernen Comfort versehene Anstalt. Freie Lage am Saum meilenlanger Wälder. Grosses eigenes Areal mit altem Hochwald. Familiäre Behandlung. Näheres durch d. Prospect.

Der Dirigirende Arzt:

Dr. Ernst Rehm,

früher Königl. Oberarzt an der Kreisirrenanstalt München.

(90) 26—11.

SOURCES DE L'ÉTAT

VICHY

CÉLESTINS
GR^DE-GRILLE
HOPITAL

Avoir soin de désigner la Source

Heilanstalt

für Magen- und Darmkranke

von **Dr. Frhr. v. Sohlern.**

Aeltestes, klinisch geleitetes Institut am Platze. Das ganze Jahr über geöffnet.
(56) 18—17 Prospecte gratis.
Bad Kissingen. Dr. Frhr. **v. Sohlern.**

NERVI an der Reviera
Dr. **Weissenberg**-Colberg.

Das Handelshaus

ALEXANDER WENZEL.

St. Petersburg, Gorochowaja 33.

Lieferant für Apotheker, Hospitäler, Drogueisten, Regimenter und viele Landschaften

Engros Lager.

Verband Mittel: für Bandagen, Brüche, Wachstuch, Schwämme, Pinsel, Barometer, Maximal-Zimmer u. Fenster-Thermometer, Areometer. Spiritometer, Brillen, Conserven, Pince-nez, Binocle, Theater-Lorgnetten, Katheter, Harnröhrsonden. Pulverisatore zur Erfrischung und Desinficirung der Zimmer.

Instrumente: für Amputationen, zum Verbinden für Resectionen, für Hebammen u. s. w. Arzenei und Feldscheer-Geräthe, Zähneschlüssel Zangen und Zubehör. Veterinar-Instrumente und Schienen. Kopf- und Zahnbürsten. Guttapercha u. Hornkämme. Zubehör für Massage.

General-Agentur für:
Kindermehl und condensirte Milch von Nestle in Vevey.
Nährmittel „Maltos Cannabis" aus der Fabrik «Rothes Kreuz» in Stockholm.
Kräuter-Bonbon „Ketty Boss" B. Semadeni.
Illustrirter Preiscourant gratis. (113) 12—4.

1896-й—12-й ГОДЪ ИЗДАНІЯ—1896-й.

(БЕЗЪ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ ЦЕНЗУРЫ)

ежемѣсячнаго ОДОНТОЛОГИЧЕСКАГО журнала

„ЗУБОВРАЧЕБНЫЙ ВѢСТНИКЪ"

ДЛЯ ВРАЧЕЙ, ЗУБНЫХЪ ВРАЧЕЙ И ДАНТИСТОВЪ

ИЗДАВАЕМАГО **А. П. Синицынымъ** ПОДЪ РЕДАКЦІЕЮ **В. В. Аболенскаго.**

Въ 1896 году журналъ будетъ выходить по той же программѣ и служить той же цѣли, что и за прежнія 11 лѣтъ, именно давать занимающимся зубоврачеваніемъ возможность своевременно знакомиться съ успѣхами зубоврачебной науки и искусства за границею и способствовать какъ развитію зубоврачеванія въ нашемъ отечествѣ, такъ и выясненію условій общественной дѣятельности зубныхъ врачей, ихъ правъ обязанностей и отношеній вообще.

Цѣна на годъ 6 р. Подписка на меньшіе сроки не принимается и отдѣльныя книжки журнала не продаются. Экземпляры за 1885—1895 гг., (кромѣ 1893, разошедш. сполна), представляющіе подробную лѣтопись успѣховъ зубоврачеванія за 10-лѣтіе и нѣсколько полныхъ руководствъ по извѣстнымъ отдѣламъ дентистріи, высылаются за 37 р., а со подпискою на 1896 г. за 42 р. **Обращаться къ зубному врачу Андрею Павловичу Синицыну, Петербургъ, Невскій пр., № 79.** Выписка журнала можетъ быть производима съ наложеніемъ подписной цѣны на первую книжку его

Подписка принимается также:

Петербургъ—1) К. А. Риккеръ, Невскій 14.
2) К. Атъ и Сыновья, Малая Морская 19.
Варшава—Р. Курцманъ Згода, 4.

ЕЖЕНЕДѢЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА

„ВРАЧЪ",

посвященная всѣмъ отраслямъ клинической медицины и гигіэны и всѣмъ вопросамъ врачебнаго быта, будетъ выходить и въ будущемъ 1896 году подъ тою-же редакціею и по тойже программѣ, какъ и въ истекающемъ году.

Статьи (въ заказныхъ письмахъ) высылаются на имя редактора *Вячеслава Авксентьевича Манассейна* (Петербургъ, Симбирская д. 12, кв. 6).

Цѣна за годовое изданіе, какъ съ пересылкой въ другіе города, такъ и съ доставкою въ Петербургѣ, 9 р.; за полгода 4р. 50 к.; за 3 мѣсяца 2р. 25 к. Подписка принимается у издательницы—*Ольги Александровны Риккеръ* (Петербргъ, Невскій, 14). Къ ней же исключительно слѣдуетъ обращаться и по всѣмъ хозяйственнымъ вопросамъ вообще (относительно высылки гонорара, отдѣльныхъ оттисковъ, неполученныхъ №№ и т. д.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasariuow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Sophie Jordan, В. О., **10** лин. д. 11, кв. 9.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб. 11 Ноября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 46 St. Petersburg, 18. (30.) November **1895**

Inhalt: Dr. med. Richard Otto: Ueber Heiserkeit. — Referate: C. Conner: Operative treatment of cancer of lips, tongue, floor of mouth and pharynyx. — A. Gerster: The modern Operative Treatment of Cancer of the Rectum. — Abbe: Strangulated Hernia; resection and anastomosis with Murphy's Button; Death from kinking and strangulation due to the weight of the button. — Gerster: Successful osteoplastic Operation for total defect of shaft of tibia due to acute osteomyelitis. — Bücheranzeigen und Besprechungen: V. Magnan: Psychiatrische Vorlesungen. — H. Lenhartz: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. — Dr. O. Schäffer: Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt. — Penzoldt und Stintzing: Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Ueber Heiserkeit.

Von
Dr. med. Richard Otto.
in Dorpat.

Vortrag, gehalten am 15. September 1895 auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden.

M. H.! Was wir im gewöhnlichen Leben Heiserkeit nennen, gehört zu den allergewöhnlichsten Vorkommnissen der Praxis. Wir wissen, dass es sich hier um eine Störung im phonatorischen Apparat des Kehlkopfes handelt, aber wie mannigfaltig sind diese Störungen und wie gleichförmig oft die Klagen, der mit diesem Uebel behafteten Kranken, wie günstig einerseits und wie hoffnungslos andrerseits die Zustände an welche sich immer wieder die Heiserkeit knüpft.

Wir begegnen gewissen Abstufungen derselben, doch besteht ein direct proportionales Verhältniss zwischen dem Grade der Heiserkeit und der Schwere der Erkrankung nicht. Sie unterrichtet uns über die Erkrankung des Kehlkopfes im Allgemeinen, ohne eine präcise Schlussfolgerung über die Art und den Charakter des Processes zu gewähren. Ein pathognost. Werth kommt diesem Symptome also nicht zu, wohl aber liegt seine Bedeutung in der Ständigkeit, mit welcher es fast alle Larynxaffectionen begleitet und so gewissermassen zur Untersuchung des Kehlkopfes und zur Feststellung der Grundursachen drängt.

In der vorlaryngosk. Zeit musste man sich damit begnügen gegen dysphonische Zustände als solche symptomatisch zu Felde zu ziehen, was im Hinblick auf eine und dieselbe Begleiterscheinung der allerverschiedensten therapeutisch mit gleichem Maasse gemessenen Larynxaffectionen, zu äusserst beschränkten Erfolgen führte. Erst mit Erfindung des Kehlkopfspiegels im Jahre 1855 trat zunächst die Erkenntniss über Stimmbildung und Sprache, sodann die Behandlung der Larynxkrankheiten in eine neue fruchtbare Phase. Das grosse Hilfsmittel Manuel Garcia's[1]) wurde in den Händen Türcks und nam. Czermack's soweit für die Technik gefördert, dass es nunmehr möglich wurde, die mannigfaltigen, mit Heiserkeit einhergehenden Erkrankungen diagnostisch zu trennen und einer zielbewussten Behandlung entgegenzuführen. Namentlich aber war es Victor Bruns, der nach dieser Richtung Wandel schaffte, nachdem es ihm im Jahre 1861 zuerst gelungen war, einen im laryngoskop. Bilde entdeckten Polypen auch unter diesem Hilfsmittel intralaryngeal zu entfernen, wodurch der Patient von seiner 3-jährigen Heiserkeit geheilt worden war.

Damit war ein für alle Mal der entscheidende Schritt auch zur causalen Behandlung gethan und die weitere Ausgestaltung unserer Kenntnisse über Physiologie und Pathologie des Larynx führte naturgemäss auf die Bahn zur systematischen Laryngologie, deren Grundsatz es fortan sein musste einen scharfen Strich zwischen Symptom und Krankheitsursache zu ziehen.

Um so befremdender mag es Ihnen, m. H. erscheinen, dass ich heute mit einem Vortrag vor Sie hintrete, der sich die Besprechung der Heiserkeit im Speciellen zur Aufgabe macht. Aber fürchten Sie nicht, dass ich Sie wiederum zum überwundenen Standpunkte bekehren möchte! Es handelt sich im Gegentheil für mich darum im Lichte der heutigen laryngologischen Anschauungen ein Symptom zu besprechen, welches auf seine Grundursachen zurückgeführt, erst in vollem Umfange nach Bedeutung und Wesen verständlich wird.

Dass die Heiserkeit unter allen Umständen auf einer Störung des Stimmbandapparats beruht, liegt auf der Hand. Welcher Art aber sind die Ursachen, welcher Art die Störung selbst? Die tagtägliche Erfahrung lehrt, dass hier gewisse äussere Schädlichkeiten, denen der Kehlkopf aus nahe liegenden Gründen mehr wie manches andere Organ ausgesetzt ist, eine

[1]) Die vor Garcia von einigen Autoren, wie Leoret 1743, Bozzini 1825 u. s. w. angestellten Versuche einer Kehlkopfspiegelung sind ihrer Unvollkommenheit wegen nicht Allgemeingut der Aerzte geworden.

nicht unbedeutende Rolle spielen. Im jähen Temperaturwechsel, in unreiner, mit reizenden Bestandtheilen erfüllter Luft, in der Ueberanstrengung im Sprechen und nam. im Singen in zu hoher Tonlage, im Forciren der Stimme während des sog. Mutirens, im Alkoholmissbrauch und viel. Andr. sind genugsam Momente gegeben, welche den Schleimhautreiz und die Muskelermüdung des Organs erklären und zu den verschiedenen Abstufungen der Heiserkeit führen.

Zu einem weiteren sehr wichtigen Causalmoment müssen wir die primären catarrhalischen Zustände des Pharynx und nam. der Nasenhöhle rechnen, welche zum grossen Theile per cont. et contig. den Secundärcatarrh des Larynx und der Stimmbänder im Gefolge haben, ganz abgesehen davon, dass die hierbei bestehende Mundathmung schon an und für sich Gefahren und Reize in sich schliesst, welche das Leiden in beträchtlichem Maasse zu steigern pflegen.

Diesen äusseren Gefahren gegenüber kommt es unter gewissen acuten und chron. Infectionen, welche den Gesammtorganismus treffen, auch aus innerer Ursache zu partieller oder totaler Miterkrankung des Kehlkopfes. Es tritt Heiserkeit ein, wie beispielsweise bei Lues unter dem Bilde des syphilit. Catarrhs, des gummösen Infiltrats oder bei Larynxtuberculose, wo es sich einmal um Infiltrationen der Stimmbänder, das andere Mal um mechanische functionelle Störungen derselben durch Infiltrationsschwellung ihrer Nachbarschaft, etwa der reg. interarytaenoidea handelt oder es beruht die Heiserkeit auf Parese der Interni, ohne dass ausser einem gewissen Grade von Stimmbandexcavation eine greifbare pathol. Veränderung des Kehlkopfes nachweisbar wäre, ein Zustand, wie er gelegentlich schon allein bei mangelhafter Ernährung oder fehlerhafter Blutbildung vorkommen kann.

Eine rein mechanische, ich möchte sagen gröbere Störung des phonatorischen Apparats ist durch Tumorenbildung des Kehlkopfes gegeben, wobei der Grad der Dysphonie weniger von der Grösse als gerade vom Sitz der Geschwulst abhängig ist. Der Hauptsache nach wird es sich hier um functionelle Störungen der Stimmbänder handeln unter gleichzeitiger Behinderung der für die Stimmbildung nothwendigen Annäherung der ligamenta vocalia bezw. beider proc. vocales der Aryknorpel.

Das Gros aller Heiserkeiten beruht aber auf dem durch die bereits besprochenen äusseren Schädlichkeiten bedingten acuten und chronischen Kehlkopfcatarrh. Eine Ausnahmestellung beansprucht die Laryngitis acuta der Kinder, der Pseudocroup, der nach den mustergiltigen Untersuchungen Dehios[2]) aus dem Jahre 1882 mit oder ohne entzündliche Schwellung der Stimmbänder vorzugsweise auf einer subglottischen Schwellung des hier ausnehmend lockeren submucösen Bindegewebes beruht. «Bei der Enge und Kleinheit des kindlichen Kehlkopfes kommt es leicht zur Laryngostenose, während die beim Hustenstoss an einander gepressten plumpen subchordalen Wülste im Moment wo die Glottis sich zu öffnen beginnt und der kraftvolle Expirationsstrom sie in Schwingung versetzt, den eigenartigen pathognostischen bellenden Ton erzeugen. Die Stimmbänder schwingen dabei mit den Wülsten zusammen als ein Ganzes, während sie beim Sprechen oftmals noch keine Heiserkeit verrathen». Umgekehrt ist das Verhältniss beim Kehlkopf des Erwachsenen. Hier steht die entzündliche Schwellung der Stimmbänder, die zur Verdickung der schwingenden Membran führt, obenan.

Was verstehen wir nun aber eigentlich unter dem Stimmband?

Wir dürfen nicht vergessen, dass die Chordae vocales nicht wie die Saiten eines Instrumentes durch zwei Insertionspunkte fixirt, frei hin und her schwingen, sondern durch ihre ganze Länge lateralwärts eng mit dem m. thyreo-aryt. int. verbunden sind und es sich hierbei nicht um ein Band im desmologischen Sinne, sondern um eine Duplicatur der elastischen Membran handelt, welche den 3-seitig prismatischen, medianwärts vorspringenden Muskel, ich möchte sagen bandartig umfasst und kantet. Gerade durch dies enge Attachement wird auch genugsam erklärt, warum es bei der acuten und chron. Laryngitis so leicht zu gleichzeitiger Muskelinsufficienz kommt, durch welche das Stimmband seinen Halt und seine Festigkeit verliert. Wie sollen wir hiernach den Begriff des Stimmbandes fassen? Ist es das sehnig-fibröse im laryngosk. Bilde scheinbar wohl begrenzte Band oder haben wir ein Recht, die ganze Stimmfalte dafür anzusehen, welche sowohl Muskel als Ligament in sich schliesst?

Dass bisher noch keine allgemein gültige Vorstellung über diese Dinge besteht, dafür sprechen die erst vor 5 Jahren von P. Heymann[3]) aus der Literatur gesammelten, sehr von einander abweichenden Anschauungen über diese Frage und nam. der Umstand, dass der zur Zeit von diesem Autor in der Berl. laryng. Gesellsch. gemachte Vorschlag zur Erweiterung des Begriffes ebensoviele Anhänger wie Gegner fand.

In der That ist eine scharfe anatomische Trennung zwischen dem die Phonation vermittelnden lig. thyreo-arytaenoid. und dem mit demselben verschmelzenden und es functionell ergänzenden gleichnamigen Muskel nicht gut möglich, so dass der Vorschlag B. Fraenkels[4]) neuerdings wiederum dahin abzielt, zu Virchows ursprünglich zusammenfassendem Begriff zurückzukehren und den gesammten Stimmkörper, wie er ihn nennt, als Stimmband zu bezeichnen. Nach seinen Untersuchungen ginge dieser Stimmkörper nach hinten im proc. vocalis auf, während die seitlichen Grenzen durch eine Sagittalebene bestimmt werden sollen, welche unterhalb in die Trachealwand, oberhalb durch die äussere Wand des Morgagnischen Ventrikels gelegt ist. Was hierbei medianwärts vorspringt, ist der Stimmkörper bezw. das Stimmband. Vom rein anatom. Standpunkt hat freilich, wie B. Fränkel wörtlich sagt, diese Abgrenzung etwas Willkürliches an sich. Das Plattenepithel reicht normaler Weise an der oberen Fläche des Stimmbandes nicht bis zur äusseren Ventrikelwand, auch entspricht die Grenze nicht genau dem M. thyreo-aryt. greift vielmehr darüber hinaus in den ext. hinein. Diesen kann man aber nicht in seiner ganzen Ausdehnung dem Stimmbande zulegen, schon weil ein Theil seiner Fasern sich nach oben in die äussere Wand des Ventrikels hinauf zieht.

Andererseits zeigt aber jeder Frontalschnitt, dass die Muskelsubstanz nicht plötzlich auftritt, indem die ersten gegen das ligament hin medianwärts sich zeigenden Muskelbündel durch verhältnissmässig breite Züge fibrös elastischen Gewebes von einander getrennt sind, bevor sie allmälich in die dicht geschlossene Masse des Muskels übergehen. Auch dürfte folgender Umstand gegen die Trennung von Lig. und Muskel sprechen. Es kommen nämlich nach Fränkel sowohl an der oberen als unteren Fläche des Stimmbandes Drüsen vor, von denen eine relativ erhebliche Anzahl bis in den Muskel hinein reicht, so dass man den Eindruck gewinnt, dass bei Contraction der Muskelfibrillen die Drüsen ausgepresst werden müssen.

Diesen Verhältnissen zur Folge werden wir nicht fehlgreifen auch nach der physiol. functionellen Seite dem Zusammenwirken von Muskel und Ligament eine weit grössere Bedeutung zuzuerkennen, als wie das bisher geschehen ist, sodass folgerichtig bei catarrhalischen mit

[2]) K. Dehio. Jahrbuch für Kinderheilkunde 1883.

[3]) Verhandlungen der laryngol. Ges. zu Berlin, Band I.
[4]) Archiv für Laryng. Band I. 1.

Heiserkeit verknüpften Zuständen des Larynx wohl in den meisten Fällen die Mitbetheiligung des Muskels eine nicht unbedeutende Rolle spielen wird. Wir wissen, dass zu den Grundbedingungen der Tonbildung einerseits die elastische Kraft der Stimmbänder gehört, andrerseits aber der intacte Muskelapparat des Kehlkopfes, der die Spannung und die Verengerung der phonatorischen Glottis besorgt. Leidet nun nicht allein die Elasticität der Chordae vocales, sondern der ganze Stimmkörper durch entz. Schwellung und Verdickung seiner Substanz, so ist eine bis zur Aphonie gesteigerte Heiserkeit die unbedingte Folge. Dieser Parese gegenüber stehen ferner diejenigen Stimmstörungen, welche mit der myo- oder neuropathischen Lähmung der Larynxmusculatur zusammenfallen. Ob sie peripheren oder centralen Ursprunges sein mag, ist einmal irgend ein Ausfall im Zusammenwirken der Spanner und Constrictoren vorhanden, so muss hier erst recht Heiserkeit eintreten, gleichviel ob beide symmetrischen Muskeln oder nur einer von beiden afficirt ist. Die mannigfaltigen Typen, wie sie die Lähmung des Internus und Transversus, des Lateralis und Cricothyreoideus einzeln oder combinirt im Spiegelbilde erscheinen lassen, oder wie sie durch Lähmung eines oder beider Nervi recurrentes entstehen, sie alle hat man vor dem Gebrauche des Laryngoskops differential-diagnostisch nicht trennen können, sie alle waren von dem einen Symptome der Heiserkeit beherrscht.

Alle diese phonischen Lähmungen eines den Blicken verborgenen Organs hat uns das Laryngoskop in scharfen Bildern gezeichnet, was es aber bisher trotz allen Fortschritts nicht vermocht hat, — war die Vermittelung der Erkenntniss über die Formveränderung der Stimmbänder während ihrer Oscillation. Dass wir indessen noch nicht an der Grenze unseres Erkennens angelangt sind, hat uns jüngst Oertel[5]) durch seine laryngostrobosk. Methode bewiesen, mit welcher das entsprechend bewaffnete Laryngoskop nun doch die Beobachtung über das Wesen bezw. die Veränderung der Stimmbandschwingungen gestattet. Der Werth dieser Methode ist klar; denn sind wir erst in der Lage in Fällen, wo das Laryngoskop allein keinen Aufschluss mehr über die Ursache der Stimmstörung giebt uns eines weiteren Mittels bedienen zu können, so werden wir aufs Neue Anhaltspunkte finden, zur Beurtheilung feinerer mechanischer oder paretischer Störungen oder von Spannungsunterschieden oder Elasticitätsdifferenzen der Stimmbänder, die andernfalls nicht hätten entdeckt werden können, oder hinsichtlich der Prognose besser gewappnet sein, wenn wir an einem anfänglich unthätigen und gelähmten Stimmbande die ersten, schüchternen Schwingungsversuche wieder eintreten sehen.

Bei der von Oertel angewandten Methode kommt es nun im Wesentlichen darauf an, dass der in laryngoskop. Position sitzende Beobachter nicht direct durch die Oeffnung des Reflectors, sondern erst durch eine in Rotation versetzte strobosk. Scheibe hindurchblicken muss, an welcher an der Peripherie eine Anzahl von Oeffnungen in gleichen Abständen angebracht sind.

«Bei gleichbleibender Bewegung der Scheibe wird man die schwingende Membran in gleichen Zeiteinheiten sehen und zwar wird das Stimmband bewegungslos erscheinen, wenn es gerade eine vollständige Schwingung in der Zeit vollendet hat, welche während des Vorüberganges zweier auf einander folgender Oeffnungen vor dem Auge verstreicht». Dieser Umstand tritt dann ein, wenn die durch eine Vorrichtung nach Art der Sirene angeblasene Scheibe dem Tone des phonirenden Stimmbandes entspricht. «Rotirt dagegen die Scheibe langsamer, so hat die Membran die eine Schwingung bereits vollendet und eine neue begonnen, bis die zweite Oeffnung vor das Auge gelangt; wir werden die Membran desto langsamer sich bewegen sehn und so die verschiedenen Formveränderungen der Schwingungen verfolgen können, welche sich in Wirklichkeit weit schneller vollziehen».

Bei seinen physiologischen Untersuchungen fand nun Oertel die theoretisch-physikalische Annahme synchroner, regelmässiger Schwingungen bestätigt und zwar liessen sich dieselben durch die ganze Länge und Breite der Stimmbänder verfolgen; während zugleich Partialschwingungen am Längs- und Querdurchmesser in die Erscheinung traten. In pathologischen Fällen, so beispielsweise bei acuter Laryngitis mit geringer Heiserkeit fand er dagegen entweder synchrone Schwingungen von unter der Norm kleiner und nicht selten verschiedener Amplitude oder aber alternirende Schwingungen mit einem Schwingungsunterschiede von $^1/_4$—$^1/_2$ Wellenlänge und ungleicher Amplitude.

In einem Falle einseitiger Recurrenslähmung waren garkeine Schwingungen sichtbar, in einem andern solche geringer Amplitude, während endlich bei hysterischer Aphonie, wo es sich um unvollständige Annäherung und sofortiges Wiederzurückschnellen der Stimmbänder handelte, nur eine Erzitterung und Aufblähung der letzteren beobachtet werden konnte.

Diese laryngo-strobosk. Methode Oertel's ist noch neu und in der Hand weniger Forscher zunächst fast ausschliesslich auf dem Gebiete der Physiologie nutzbar gemacht worden. Dieser Vorarbeit bedürfen wir aber zum späteren Verständniss auf dem Gebiete der Pathologie. Die wenigen Beispiele die uns Oertel liefert, sind noch nicht geeignet feste Schlussfolgerungen zu ziehen. Nur soviel scheint mir im Allgemeinen aus ihnen hervorzugehn, dass die Partialschwingungen bei der Heiserkeit fehlen, während die Totalschwingungen eine Einbusse ihrer Gleichzeitigkeit, Gleichmässigkeit und Amplitude erleiden.

Und nun, meine Herrn, zum Schluss noch eins.

Man hat aus gewissen Eigenthümlichkeiten und Veränderlichkeiten der Heiserkeit auf ihre Grundursachen schliessen wollen.

Eine rauhe, vertiefte Stimme käme bei Erschlaffung und Atrophie der Stimmbänder vor, während Rauhigkeit und Belegtsein mehr auf die Formen der Laryngitis, ein schnarrender Klang der Stimme auf das Vicariren der Taschenbänder zurückgeführt werden müsse und so fort. Auch hat man annehmen wollen, dass eine Morgens belegte, tagsüber freiere Stimme dem Katarrh, und umgekehrt eine sich im Laufe des Tages verschlimmernde Heiserkeit auf Rechnung von Tumoren gesetzt werden müsse u. s. w.

Das Alles sind Zeichen sehr trügerischer Art, das Einzige was seinen diagnostischen Werth behält ist die Anwendung des Laryngoskops, ohne welches wir nie die wahre Ursache zur Heiserkeit ergründen können.

[5]) Oertel. Archiv für Laryngolie. Bd. 3.

Referate.

C. Conner: Operative treatment of cancer of lips, tongue, floor of mouth and pharynyx. Annals of Surgery. October 1895 p. 445.

Auch wenn keine Drüsen durchzufühlen sind ist es rathsam bei Lippencarcinom die Unterkiefergegend bloszulegen und nach Drüsen zu fahnden.

An Zungencarcinom leiden $^1/_{10}$ der an Krebs erkrankten. Gewöhnlich sind die Drüsen am Unterkiefer, längs dem medialen Rande des Kopfnickers über der Carotisscheide schon afficirt. Hier ist frühes und ausgiebiges Operiren besonders angezeigt. Besser wenn hie und da eine tuberculöse oder syphilitische Zunge unnützerweise operirt wird, als dass ein Carcinom sich weit ausbreite. In leichteren Fällen Excision vom Munde aus nach Whitehead, sonst vom Halse aus extrabuccal, eventuell nach Resection des Unterkiefers. Die pro-

phylactische Tracheotomie und Larynxtamponade könnte auch in Frage kommen.

Rachencarcinom ist selten primär, dann gewöhnlich vom weichen Gaumen oder der Tonsille ausgehend.

Wenn die Tonsille Sitz der Erkrankung ist, so sind die tief liegenden Drüsen schon so früh miterkrankt, dass man sie immer mitentfernen muss. Durch den Mund wird man den Krebs also wohl kaum angreifen können. Butz.

A. Gerster: The modern Operative Treatment of Cancer of the Rectum Annals of Surgery pg. 488. 1895.

Frühere ungenügende Operationsmethoden hatten zur Folge, dass viele Chirurgen die palliative Colotomie der Radicaloperation vorzogen. Kraske's Publication brachte hierin eine Aenderung. Die Mortalität ist von 57 auf 20 gesunken. Eine Colotomie kann der Radicaloperation vorausgehen um ein Entfernen der über der Strictur gelegenen Faecalmassen zu ermöglichen.

Der Exstirpation muss eine sorgfältige Vorbereitung des Darmes vorausgehen, die 1—2 Wochen andauern könnte. — Heineke macht eine T-förmige Incision, bildet 2 dreieckige Knochenweichtheillappen, die er nach der Operation an Ort und Stelle näht. Levy's Incision hat die Form eines umgekehrten U, der Bogentheil entspricht dem Schnitt durch das os sacrum. (Raum beschränkt, Drainage ungenügend, daher nicht empfehlenswerth). Hegar gebraucht einen V-förmigen Knochenweichtheillappen. Das os sacrum wird subcutan quer mit der Kettensäge durchgesägt. Albert empfiehlt einen parasacralen Schnitt, der in der Medianlinie des Sacrum unter dem 3. Foramen beginnt nach aussen convex unter der Spitze des Steissbeins endigt, derselbe Schnitt umkreist wenn nöthig den Anus. Das Kreuzbein wird nach Kraske excidirt. Rehn macht eine V-förmige Incision, wobei ein Schenkel unterhalb des 3. Foramen quer durch das Sacrum läuft, während der andre längst der äusseren linken Seite des Kreuzbeins und Steissbeins. Ein 3eckiger Knochenweichtheillappen wird nach rechts geschlagen. Zuckerkandl's Schnitt verläuft von der linken Tuberositas ilei der linken Seite den Kreuzbein entlang bis zur Mitte zwischen Anus und Tuberositas ischii. Wölfler fügt dem noch die Excision des Steissbeins hinzu. Erwähnt sei noch Borelius hintere Kreuzbeinincision (Centralbl. f. Chir. 1895 p. 59). Auch durch die hintere Wand der Vagina (Rehn, Campenon) kann ein Rectumcarcinom angegriffen werden.

Beckenhochlagerung empfehlenswerth. Sorgfältige Präparation, stumpf wo es geht; Stränge werden zwischen 2 Ligaturen durchschnitten. Ob bei Durchtrennung des Kreuzbeins Säge oder Meissel zu brauchen, ist irrelevant. Vom Os sacrum wird der Darm möglichst stumpf abgetrennt, das Mesenterium ist zu schonen. Einige starke Nähte durch die ganze Dicke der Darmwand geführt genügen um das Ende des excidirten Darms an die Haut zu befestigen. Verletztes Peritoneum wird besser genäht. Die Wunde wird lose mit Gaze austamponirt. Ist eine Resection gemacht, so ist Hochenegg's Rath zu befolgen. Man kann den Stumpf in den untern Darm invaginiren, durch die Analöffnung ziehen und an die Haut nähen. Um die beiden Darmenden nähern zu können, machte Lange (New-York) einen Schnitt von der Analöffnung von einer Tuberositas ischii zur anderen bis zu den obern Levatoranifasern, einen mässigen brückenartigen Lappen bildend, mit breiten seitlichen Ansätzen. Derselbe liess sich leicht nach oben dislociren. G. erwähnt auch Murphy's Knopf.

Die Nachbehandlung ist besser eine offene, man erstrebe die Heilung p. secundam, absolute Asepsis zu schwierig. Meist wird Opium gegeben. Sitzen die tiefen Tampons gut, so schadet ein Stuhl 48 Stunden nach der Operation nicht. Der Kranke verlasse möglichst bald das Bett.

Den Sphincter suchte man durch Ausnutzung des Glutaeus maximus zu ersetzen, durch Torsion des unteren Darmendes (Gersuny).

Folgen: Prolapsus recti, Prolapsus uteri, Sacralfisteln, Stricturen. Butz.

Abbe: Strangulated Hernia: resection and anastomosis with Murphy's Button: Death from kinking and strangulation due to the weight of the button. Annals of Surgery ibidem pg. 515.

40-jähriger Mann. Incarceration der rechtsseitigen Inguinalhernie 3 Tage. Gangrän. Resection von 5 Zoll. Anastomose mit Murphy's Knopf. Der Darm wird 48 Stunden nach der Operation im guten Zustande gefunden. Daher Radicaloperation nach Bassini. Symptome innerer Einklemmung. Nach 48 Stunden wird das Abdomen wieder geöffnet, an Stelle der Anastomose Knickung des Darms. — Tod.

In der Discussion macht Rushmore darauf aufmerksam, dass nach Darmresection der Tod auch da erfolgt, wo keine Peritonitis, keine Sepsis, sondern nur eine Darmparalyse als Ursache angesehen werden kann. Butz.

Gerster: Successful osteoplastic Operation for total defect of shaft of tibia due to acute osteomyelitis Ibidem p. 510.

6-jähriges Mädchen. Osteomyelitis tibiae. Entfernung der ganzen Diaphyse. Sehr behindertes Gehen nur auf der Fibula gestützt. G. entblösste zuerst den oberen Theil der Tibiae, durchtrennte darauf die Fibula auf der Höhe der unteren Fläche der oberen Tibiafragmente und fixirte beide mit Draht. Ebenso wird die Operation am unteren Ende gemacht. 1½ Zoll der Tibia nekrotisirten. Eine 2. Operation war mit Erfolg gekrönt. 2 Zoll Verkürzung. Butz.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

V. Magnan: Psychiatrische Vorlesungen. (VI. Heft. Deutsch von P. J. Möbius. Leipzig, Verlag von Georg Thieme. 1893).

Diese uns erst jetzt zugegangene Fortsetzung der stets mit Spannung erwarteten klinischen Vorträge des französischen Psychiaters enthält zunächst 2 Vorlesungen über die Manie. Die erste handelt über die typische oder einfache Manie und bringt die Krankengeschichten 2 hierzu demonstrirter Patientinnen. Die zweite gilt der viel häufigeren symptomatischen oder secundären Manie, wo der maniakalische Zustand nicht mehr eine klinische Einheit, sondern ein Syndrom, eine Episode im Verlaufe einer anderen Krankheit bildet. Durch entsprechende Beobachtungen wird ihr Vorkommen bei progressiver Paralyse, bei Heerderkrankungen des Gehirns, bei Epilepsie (2 Beobachtungen), bei Alcoholismus (1 Beobachtung), bei Hysterie, bei der erblichen Entartung im engeren Sinne (3 Beobachtungen) illustrirt. Der Abschnitt über die Behandlung der Manie gipfelt in folgenden Sätzen:

1) Unterdrückung aller Zwangsmaassregeln. 2) Anwendung von Bromkalium (im Mittel 5,0 p. die) und Chloralhydrat (2,0), einzeln oder zusammen und von prolongirten Bädern (1—5 Stunden). 3) Versuch einer Opiumkur. 4) Ueberwachung des Allgemeinzustandes, besonders der Ernährung (eventuell Nährsonde). — Intercurrent leistet das Hyoscin gute Dienste durch directe Bekämpfung der Muskelunruhe und durch Herbeiführung von Schlaf.

Unter der Aufschrift «Ueber den Alcoholismus» hat der Uebersetzer mehrere Abhandlungen Magnan's über diesen Gegenstand zusammengestellt. An einige statistische Angaben, welche das parallele Anwachsen des Alcoholconsums und des alcoholischen Irreseins beweisen, schliessen sich Daten und Experimente über die Wirkungsart der verschiedenen Alcohole. Der am wenigsten giftige Aethylalcohol ist im Brannt- und Kunstwein nur in geringen Mengen vorhanden, den Hauptbestandtheil bilden die viel giftigeren fuselhaltigen Alcohole (Amyl-, Butyl-, Propylalcohol). Zu diesen kommen noch andere ihre Entstehung begleitende oder von einer gewissenlosen Industrie absichtlich zugesetzte giftige Stoffe. Zu den ersteren gehören u. a. das Pyridin und das Furfurol, welch letzteres hauptsächlich im Getreidealcohol enthalten ist, epileptische Anfälle hervorruft und als starkes Gift durch Athmungsstillstand tödtet. Zur zweiten Gruppe gehören ebenfalls krampferzeugende Substanzen, so Absynth, Geisbartsessenz (Salicylaldehyd enthaltend), Salicyl-Methyl u. a. m.; ferner reihen sich hier an die bei der Cognac-, Rum- und Likörbereitung als «Bouquets» verwandten Aetherarten: sie werden zum Theil aus den bei der Oxydation von Kokosnussöl, Butter, Ricinusöl und anderen Fetten durch salpetrige Säure entstehenden Fettsäuren (Capron-, Caprylsäure u. a.) mit Alcoholgemischen gewonnen.

Bei Besprechung des klinischen Bildes des Alcoholismus verweilt M. des Längeren beim Delirium tremens und unterscheidet eine leichte und eine schwere Form desselben; letztere ist gekennzeichnet durch hohes continuirliches Fieber, Zittern der gesammten Körpermusculatur und Paresen. Krampfanfälle gehören nicht zu der directen Wirkung des Alcohols, sondern entstehen durch die Beimengung anderer giftiger Stoffe zu den berauschenden Getränken; für Frankreich kommt hier besonders der Absynth in Betracht. 3 Beobachtungen von Absynthdelirien und -epilepsie werden als Paradigmata angeführt. Der Alcohol an sich kann mit der Zeit nur indirecte Ursache von Epilepsie werden, indem die auf dem Boden des chronischen Alcoholismus erwachsenden groben Gehirnveränderungen ebenso epileptogen wirken wie bei anderen organischer Gehirnerkrankungen (progr. Paralyse, Tumoren auch. Schliesslich erörtert M. das Verhältniss des Alcoholismus zu anderen Geistesstörungen, deren Bild durch das Alcoholdelirium eigenthümlich verändert werden kann, nämlich zur progr. Paralyse, Dementia senilis, Imbecillität (pathologische Rauschzustände, besonders Wuthanfälle, raschere Entwickelung der Alcoholdemenz), ferner zum Entartungsirresein

(Entwickelung crimineller Triebe), zur genuinen Epilepsie zur Paranoia, Dipsomanie, zur erblichen Belastung (protrahirter Verlauf des Deliriums).

In einem Anhange berichtet M. über 3 Fälle von chronischem Cocainismus hervorgerufen durch den Versuch sich mit dem Cocain das Morphin abzugewöhnen, was zum Missbrauch schliesslich beider Gifte führte. Charakteristisch für das Cocaindelirium sind Hallucinationen des Gefühls mit der Eigenthümlichkeit, dass die Kranken Fremdkörper (kleine Würmer, Mikroben, Krystalle) unter der Haut wahrzunehmen glauben. Nach diesen kamen erst die Täuschungen auf den anderen Sinnesgebieten und hatten einen weniger aufregenden Charakter als diejenigen des Alcohol- und Absynthdeliriums. Bei 2 von diesen Patienten traten epileptische Anfälle ein. Analgesie war schwach aber deutlich ausgeprägt.

Die Vorlesung «Ueber Simulation und Verkennung des Irreseins» betont die bekannte Thatsache, dass das nachgemachte Irresein in der Regel zu einem überladenen Zerrbilde wird. Die progr. Paralyse wird selten, da zu schwierig, vorgetäuscht, öfter wird Hysterie vorgegeben, aber selten dargestellt, der epileptische Anfall wird zuweilen nachgeahmt, sehr häufig werden Manie und Melancholie von den Simulanten gewählt, am liebsten suchen die Angeklagten sich mit einer Monomanie zu entschuldigen. Zu vergessen ist nicht, dass der Simulant trotzdem geisteskrank sein kann. Das Gutachten über einen Geistesstörung simulirenden Mörder wird ausführlich mitgetheilt behufs Demonstration verschiedener Einzelheiten. Narcotica als diagnostisches Hilfsmittel lässt M. nur zu bei körperlich gesunden Exploraten zur Untersuchung einfacher somatischer Vorgänge. Ob Simulation zum Irresein führen kann, weiss M. aus eigener Erfahrung nicht, doch finden sich in der Literatur dahingehende Mittheilungen. — Bei der Frage nach dem verkannten Irresein constatirt M. wiederum das traurige Factum, dass innerhalb 6 Jahren in seine Anstalt 281 Kranke (darunter 76 Paralytiker) aus den Gefängnissen übergeführt wurden, in welchen sie für ihre im Irrsinn begangenen Handlungen büssten. Die Richter berücksichtigen noch immer vor Allem das Verbrechen und nicht den Verbrecher, verzichten oft in zweifelhaften Fällen auf die Herbeiziehung von Experten. «Am begreiflichsten ist die Verurtheilung noch bei manchen erblich Entarteten, bei denen mit moralischer Verkehrung und krankhaften Trieben vollkommene Klarheit und hervorragende Intelligenz verbunden sein können. Auch bei gewissen Epileptischen, die selten Anfälle haben, kann die Entscheidung schwer sein. Aber bei den Paralytischen fällt jeder Zweifel weg». Es ist Pflicht der Gesetzgebung durch stricte Vorschrift, dass in allen zweifelhaften Fällen der Angeklagte vor der Verhandlung von Aerzten untersucht werden müsse, den Unzurechnungsfähigen die Schmach einer Verurtheilung zu ersparen. Michelson.

H. Lenhartz: Mikroskopie und Chemie am Krankenbett. (2. vermehrte Auflage. 1895. Berlin, Springer).

Unter den zahlreichen dasselbe Gebiet behandelnden Werken verdient das Lenhartz'sche Buch besondere Berücksichtigung. Sowohl die chemische als auch die mikroskopische Untersuchung der Se- und Excrete wird in genügender Ausführlichkeit beschrieben. Den pflanzlichen und thierischen Parasiten wird ein besonderer Abschnitt gewidmet und eine Schilderung des Culturverfahrens und Wachsthums der einzelnen Bacterien gegeben. Weiter folgt die Untersuchung des Blutes, des Auswurfes, des Mundhöhlensecretes und der Magen- und Darmentleerungen. Die chemische Untersuchung des Mageninhaltes wird ausführlich behandelt entsprechend den Resultaten der neuesten Forschung. Weiter folgt die Untersuchung des Harnes und der Punktionsflüssigkeiten. Anhangsweise ist noch eine knappe Beschreibung der Untersuchung der Muttermilch und des Scheidensecrets in puerperalem und nichtpuerperalem Zustande hinzugefügt. Der durch gute Abbildungen erläuterte reiche Inhalt des Buches wird so manchem Arzte am Krankenbett von grossem Nutzen sein.

Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche. B.

Dr. O. Schäffer. Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburtsakt. 3. Aufl. München, 1895. Verlag von Lehmann.

Dieses ist bereits die 3. Auflage des Schäffer'schen Atlas, dessen erste Auflage im Jahre 1892 erschien. Der Atlas enthält 126 Figuren, in denen die wichtigsten Momente des Geburtsaktes und der operativen Geburtshilfe zur Darstellung gebracht sind. Das Studium der Geburtshülfe wird durch die durchaus klaren und richtig componirten Zeichnungen ungemein erleichtert. Der billige Preis macht dieses nützliche Buch Jedermann zugänglich. Ein kurzer Text und ein Register erleichtern die Orientirung noch mehr. Die Ausstattung ist von der Lehmann'schen Verlagshandlung gut ausgeführt, leider ist aber unnützer Weise zwischen Text und Atlas ein umfangreiches Verzeichniss anderer von demselben Verlage herausgegebener Werke nebst Urtheilen der Presse in den Band mit hineingebunden. W. Beckmann.

Penzoldt und Stintzing: Руководство къ частной терапіи внутреннихъ болѣзней. Изданіе К. Л. Риккера. 1895. Выпускъ II и III.

Von der russischen Uebersetzung des Handbuchs der spec. Therapie der inneren Krankheiten obengenannter Autoren liegen uns die 2. und 3. Lieferung vor. Von Seiten der Uebersetzer sind dem Literaturverzeichniss jedesmal die in russischer Sprache erschienenen Arbeiten hinzugefügt. Die 2. Lieferung enthält: Seifert, Therapie der Erkrankungen der Mundhöhle; Graser, Therapie der Krankheiten der Zähne und des Zahnfleisches. Merckel, Therapie der Oesophaguskrankheiten. In der 3. Lieferung sind enthalten: v. Ziemssen, Allgemeine Therapie der Infectionskrankheiten (Schluss); Vierordt. Behandlung der Masern, Rötheln, Windpocken, des Scharlach und der Gesichts- und Kopfrose; Pfeiffer. Behandlung und Prophylaxe der Pocken; Ganghofner, Behandlung der Diphtherie, des Keuchhustens und der Mumps.

Wir sehen dem Erscheinen weiterer Lieferungen mit Spannung entgegen. B.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

594. Sitzung am 17. October 1895:

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Petersen demonstrirt einen Patienten mit vernachlässigter Syphilis. Der ganze rechte Arm ist von gummösen Ulcerationen eingenommen, weswegen die Amputation das einzig rationelle therapeutische Vrfahren ist.

2. Herr Wanach spricht über multiple Darmfisteln. Auf Grund von 4 eigenen Fällen und von — allerdings sehr spärlichen — Angaben in der Literatur entwirft Vortragender folgendes allgemeine Bild dieser seltenen Affection.

Die Aetiologie ist nicht sehr mannigfaltig. Incarcerirte gangränöse Hernien, die häufigste Ursache der einfachen Darmfisteln, scheinen sehr selten zu mehrfachen Perforationen zu führen (1 Fall eigener Beobachtung). Von geschwürigen Processen der Darmschleimhaut ist, wie es scheint, nur die Tuberculose im Stande multiple Fisteln zu erzeugen, doch sind diese der Therapie kaum zugänglich und daher von geringem praktischem Interesse; ebenso bösartige Neubildungen, die zu mehrfacher Perforation des Darms führen können. Für die Entstehung multipler Darmfisteln nach Verletzungen (Contusionen, Stich, Schuss, Operationen an Bauchorganen) des Darms liegen, soweit Vortr. die Literatur bisher durchgesehen hat, keine Belege vor. Die wichtigste ätiologische Gruppe bilden entzündliche und eitrige Processe im Peritonealraum (Beckenperitonitis, Appendicitis, vielleicht auch Aktinomykose). — Die Entstehungsweise hat einen bedeutenden Einfluss auf die Anatomie der multiplen Darmfisteln, die eine sehr grosse Mannigfaltigkeit aufweist. Auszuschliessen sind die Fälle, wo einer Darmöffnung mehrere Hautöffnungen entsprechen — sie sind praktisch den einfachen Fisteln gleichzustellen. Abgesehen von diesen werden an derselben Darmschlinge mehrere, nahe von einander gelegene Oeffnungen beobachtet, ferner Perforationen verschiedener Schlingen, die entweder eine gemeinsame oder getrennte äussere Mündungen haben. Die übrigen anatomischen Verhältnisse — Hautveränderungen in der Umgebung, Beschaffenheit und Grösse der Hautöffnung, Länge und Beschaffenheit des Fistelcanals, Beschaffenheit der Darmöffnung, Spornbildung etc. — sind dieselben wie bei einfachen Fisteln. Von sehr wesentlicher Bedeutung für die Prognose und Therapie ist der Unterschied zwischen lippen- und röhrenförmigen Fisteln. Besonderes Gewicht legt Vortr. darauf, dass zu multiplen Darmperforationen gerade solche Processe am häufigsten führen, die den Darm von aussen nach innen durchsetzen. Dadurch wird der Defect der äusseren Schichten der Darmwand in der Regel viel grösser als der Defect der Schleimhaut; diese prolabirt in Folge dessen noch mehr als gewöhnlich und führt zur Bildung von Lippenfisteln, deren Spontanheilung unmöglich ist und deren Beseitigung ernstere Eingriffe erfordert. Perforirt dagegen ein Schleimhautgeschwür nach aussen, so ist der Schleimhautdefect ausgedehnter als die äussere Oeffnung der Perforation folglich Spontanheilung der meist röhrenförmigen Fistel möglich und die eventuellen operativen Eingriffe leichter. Fügt man noch hinzu, dass das Grundleiden das zu multiplen Darmfisteln führt, meist schwer ist, dass alle operativen Eingriffe durch ausgedehntere peritoneale Adhäsionen erschwert sind, dass die unvermeidliche Dermatitis oft ausgedehnter und die Inanition in Folge Functionsunfähigkeit eines grösseren Darmabschnittes eine rapide fortschreitende ist — so ergiebt sich die viel grössere Gefahr der multiplen Fisteln gegenüber den einfachen. Die quälenden und gefährlichen Symptome sind dieselben bekannten, wie bei einfachen Fisteln, nur in höherem Grade, entsprechend der Zahl und Beschaffenheit der Fisteln. — Die Diagnose hat die Entstehungsweise und vor Allem die genauen anatomischen

Verhältnisse in jedem einzelnen Fall festzustellen. Die Prophylaxe kann vielleisten dadurch, dass eitrige Processe im Bauchraum möglichst früh operativ angegriffen werden, bevor die Darmwand stärker geschädigt ist. Nach mehrfachen eigenen Erfahrungen spricht Vortr. die Erwartung aus, dass angesichts der sich mehr und mehr bessernden Resultate bei der operativen Behandlung der eitrigen Peritonitis der vielfach bestehende Pessimismus in Bezug auf diese Erkrankungen schwinden und die häufig anzutreffende ultra conservative Behandlung zum Nutzen der Kranken einem activeren Vorgehen Platz machen wird. Die Therapie wird in Fällen von multiplen Darmfisteln aus den oben angegebenen Gründen selten auf Spontanheilung rechnen können. Aetzungen, Beseitigung des etwa bestehenden Sporns (Enterotom von Dupuytren) einfache Naht der Fistel, plastischer Verschluss (Dieffenbach) Etagennaht nach mehr oder weniger ausgedehnter Mobilisirung und Anfrischung des Darms — das sind die alten, auch jetzt noch vielfach wegen ihrer geringen Gefahr geübten operativen Methoden, die auch bei multiplen Fisteln in ihren verschiedenen, dem individuellen Fall angepassten Varianten zunächst versucht werden sollen. Versagen sie — was oft der Fall ist — so soll man nicht zu lange mit dem schwersten aber in Bezug auf den Erfolg sichersten Eingriff — der Darmresection mit nachfolgender circulärer Naht — warten. Zur Illustration der Schwierigkeiten, die man dabei haben kann, aber auch des möglichen Erfolges in scheinbar verzweifelten Fällen, referirt Vortr. 2 eigene Fälle. In dem einen scheiterten alle therapeutischen Bemühungen an den sehr ausgedehnten und festen Adhäsionen, die nach eitriger Peritonitis der ganzen untern Bauchhälfte in Folge von Appendicitis zurückgeblieben waren und die Umgebung der 2 existirenden Darmfisteln fast garnicht mobilisiren liessen. Der Kranke starb an Inanition. — Der zweite Fall genas vollständig von seinen 3 Fisteln nach zweifacher circulärer Resection des Dünndarms mit nachfolgender Enterorhaphie und partieller Resection und Naht des Cöcum. Eine genauere Bearbeitung des Themas und ausführliche Publication der Krankengeschichten behält Vortr. sich vor. (Autoreferat.)

3. Herr Beckmann: 3 Fälle von Darmfisteln.

Dieselben bildeten sich im Anschluss an Laparotomien aus. 2 Fälle datiren 5 Jahre zurück, der 3. Fall befindet sich noch in Hospitalsbehandlung. Im 1. Fall warde die Laparotomie bei der 39-jährigen D. K. ausgeführt wegen Dermoidcyste. Pat. fieberte schon vor der Operation, da der 3500 Cubcm. Inhalt fassende Tumor wegen Stieldrehung in Entzündung gerathen war. Der Cysteninhalt bestand aus einer braunen, geruchlosen, fettglänzenden klumpigen Masse. Ausser der Drehung des Stieles fand sich eine 12 Cm. breite Adhäsion mit dem Netz, die gleichfalls zu einem dicken Strange zusammengedreht war. Das Peritoneum war stark verdickt, hyperämisch und mit Auflagerungen versehen Mehrere flächenhafte Adhäsionen mit dem Tumor konnten mit der Hand gelöst werden. Die Verwachsung mit dem Netz wurde in 4 Partien ligirt und der Stiel der Cyste doppelt unterbunden. Nach der Operation hielt das Fieber an, bei der Entfernung der Nähte fand sich in 5 Stichkanälen Eiter. Vom 12. Tage an begann sich eine Infiltration um die Bauchwunde auszubilden, die Fiebercurve wies grosse Morgenremissionen auf.

Am 17. Tage wurde ein grosser Abscess eröffnet, wonach das Fieber für einige Zeit abfiel. Aus der grossen Abscesshöhle wurden später im Laufe der Behandlung mehrere Seidenfäden extrahirt. Da sich die grosse Abscesshöhle lange Zeit nicht schloss, wurde etwa 10 Wochen nach der Laparotomie die Oeffnung in den Abscess dilatirt, und die Höhle mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, wobei nochmals 2 Netzligaturen herauskamen. Nun verkleinerte sich die Höhle schneller, doch bemerkte man etwa in der 13. Woche zum ersten Mal den Austritt von Koth aus dem Abscess. Um einen spontanen Verschluss der Fistel zu erleichtern, wurde der ganze Fistelgang bis durch den M. rectus durch quer gespalten und die Oeffnung in dem Darm frei gelegt. Dieselbe war fingerkuppengross und sass im Dünndarm. Der Darm wurde in situ mit seinen Verwachsungen belassen und die ganze Wundhöhle mit Jodoformmarly tamponirt. Bei einem der später folgenden Verbandwechsel fand sich noch eine zweite kleinere Darmfistel, beide liessen ganz enorme Mengen Darminhalt austreten. Es bildete sich eine schreckliche Cloake aus. Unter häufigem Verbandwechsel verkleinerte sich die Wundhöhle und schloss sich zuerst die kleinere Darmfistel, die andere war schlitzförmig und 2 Cm. lang. Der Austritt von Darminhalt wurde aber immer geringer, die Wundhöhle verkleinerte sich, und bald gab es schon Tage, an denen gar kein Darminhalt austrat.

Späterhin traten nur noch Gase aus. 5 Monate nach der Laparotomie konnte Pat. genesen entlassen werden.

In dem beschriebenen Falle handelte es sich nicht um eine Darmverletzung während der Operation, sondern um eine spontane Fistelbildung. Eine Prädisposition zur Fistelbildung war durch die hochgradigen entzündlichen Veränderungen des Peritoneum gegeben, die ohne Zweifel stellweise eine Ernährungsstörung zur Folge hatten. Nachdem es nun zur Abscessbildung und Ausstossung von Seidenfäden gekommen war, konnte auch eine Arrosion der in ihrer Ernährung herabgesetzten Wand einer nah liegenden Darmschlinge leicht zu Stande kommen. Der spontane Verschluss der Darmfisteln wurde vielleicht durch die Form der Fistel begünstigt.

Der zweite Fall ist dem eben beschriebenen analog. Auch hier gab es hochgradige chronische entzündliche Veränderungen im Peritoneum. Es handelte sich um eine Frau mit hochgradigem Ascites, die früher mehrfach punctirt worden war. Bei der zu diagnostisch-curativen Zwecken ausgeführten Laparotomie fand sich ein doppelseitiges Ovarialpapillom. Neben demselben bestanden zahlreiche Adhäsionen und entzündliche Erscheinungen in der Peritonealhöhle. Eine Verletzung des Darmes während der Operation ist sicher auszuschliessen. Die Fistelbildung kam gleichfalls nach Ausbildung eines Abscesses in der Bauchwunde zu Stande. Auch dieser Fall ging in spontane Genesung aus.

Im dritten Falle endlich handelte es sich um eine geplatzte Tubenschwangerschaft die sich offenbar eine Zeitlang nach der Ruptur weiter entwickelt und durch Adhäsionen mit Därmen und Netz und Pseudomembranen zur Bildung eines fast mannskopfgrossen Sackes in der Abdominalhöhle geführt hatte. Die Pat. fieberte vor der Laparotomie. Die totale Entfernung des Fruchtsackes nach seiner Befreiung von zahlreichen Verwachsungen mit Netz und Därmen stiess auf grosse Schwierigkeiten, wurde aber glücklich zu Ende geführt. Auch die Placenta konnte aus dem Douglas entfernt werden. Bei der Lösung der Flexura sigmoidea kam es aber zur Zerreissung der sehr morschen Darmwand. Die erbsengrosse Oeffnung im Darm wurde sorgfältig vernäht. Die Bauchhöhle wurde tamponirt und das Ende des Marlystreifens zum unteren Wundwinkel hinausgeleitet. Nach etwa 2 Wochen wurde zuerst das Austreten von Koth bemerkt. Es kam zur Fistelbildung und zum Austritt fast des gesammten Darminhaltes auf diesem Wege. Auch Klystiere flossen durch die Fistel aus. Nach weiteren 2 Tagen wurde eine zweite kleinere Fistel im Darm bemerkt die sich aber in 3 Wochen spontan schloss. Die erstgebildete Fistel verkleinerte sich nur sehr langsam, sie lässt jetzt schon seit Wochen nur minimale Mengen Darminhalt austreten. In der Hoffnung auf eine Spontanheilung ist dieselbe bis jetzt einer operativen Behandlung nicht unterworfen worden. Seit der Laparotomie sind über 5 Monate verflossen.

Wenn auch im letzten Fall die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass sich die eine Kothfistel infolge nicht haltender Darmnaht ausgebildet hat, muss doch die spontane Entstehung der zweiten Fistel hervorgehoben werden. Wir haben somit 3 Fälle von spontaner Fistelbildung im Darm. In aetiologischer Beziehung muss den Veränderungen des Peritoneums eine Bedeutung zugesprochen werden. Dieselben waren in allen 3 Fällen entzündlich adhäsiver Natur und hatten eine Ernährungsstörung der Darmwand zur Folge. Besonders im letzten Fall schien der Darm sehr zerreisslich und morsch zu sein. Die Abscessbildung ging zeitlich der Fistelbildung in den ersten beiden Fällen voraus und führte wohl zu einer Arrosion der Darmwand von aussen nach innen. Auf Grund dieser 3 Fälle scheint die Prognose der spontanen Darmfisteln keine allzu ungünstige zu sein und darf auf Spontanheilung gerechnet werden. In ungünstigen Fällen kommen die vom Collegen Wanach beschriebenen Operationsverfahren in Betracht.

Alle 3 beschriebenen Fälle gehören nicht meiner eigenen operativen Praxis an, sondern sind von Collegen behandelt worden, doch habe ich den Verlauf dieser Fälle mit verfolgen können.

4. Herr Horn: Ich zeige Ihnen hier zwei Hülfsmittel der Spondylitis- und Scoliosen-Therapie.

Sie wissen, dass bei der Spondylitis-Behandlung die mechanische, die Volkmann'sche Distractionsmethode die herrschende ist, Ruhigstellung der Wirbelsäule und Entlastung der erkrankten Wirbel von dem Drucke der oberhalb gelegenen Körpertheile.

Für die Spondylitis cervical und dorsalis sup. wurde diese Forderung durch Kopfschwinge und Phelps'sches Stehbett oder Bradford'schen Rahmen erfüllt, die unteren Brustwirbel und die Lendenwirbel aber waren der Extension nicht zugänglich wegen der Reibung des Körpers. Ein Gegenzug an den Füssen, wie er auch versucht wurde, complicirte die Einrichtung und erschwerte den Transport der Kranken.

Rauchfuss gehört das grosse Verdienst, diesem Mangel durch Einführung der Reclination in die Spondylitis-Therapie abgeholfen zu haben.

Der Uebelstand der Rauchfuss'schen Schwebe war nur die geringe Fixationsmöglichkeit. In geradezu idealer Weise wurde dies durch das Reclinationsgypsbett von Lorenz erreicht.

Die Anfertigung war aber schwierig, weil die kleineren Kinder nicht ruhig lagen und bei Erwachsenen die Reclination

nur durch sehr hohe Polster und Kissen zu erreichen war. Der Redard'sche Tisch gestattet, wie Sie sehen, die Reclinationslage in jedem Falle leicht zu dosiren.

Dabei ist der Tisch leicht zu transportiren, was von besonderem Werth ist, wenn man gezwungen ist, das Reclinationsbett in der Wohnung des Patienten anzufertigen, wie bei Spondylit. cervical.

Der zweite Tisch ist ein Apparat von Zander zur Mobilisirung starrer Lendenscoliosen.

Die Herren, die sich speciell mit Orthopädie beschäftigen, werden mir beipflichten, dass es vieler Mühe und Geduld bedarf, um bei dieser Scoliosenform etwas zu erreichen.

Seitdem ich diesen Tisch benutze, habe ich bei weniger Aufwand von Zeit und Mühe viel bessere Resultate. Ich lasse die Kinder zwei Mal täglich zu ½ Stunde darauf liegen.

Die beiden Skelete, die ich mitgebracht habe, sind in ihrer Art Unica und dürften Ihr Interesse beanspruchen.

Das eine ist eine congenitale Scoliose.

In der Literatur finden Sie nur 5 Fälle von Rokitanski, Adams, Busch, Voigt und Sayre erwähnt.

Mein Skelett stammt von einer 33 jährigen Frau, die an einer croupösen Pneumonie zu Grunde ging.

Sie sehen hier eine linksseitige Dorsalscoliose mit deutlicher Torsion und stark ausgeprägtem Rippenbuckel. Anscheinend sind links 12, rechts 11 Rippen, in Wirklichkeit besitzt oder besass das Skelett 13 Rippen links und 12 rechts.

Leider ist man mit dem kostbaren Präparat wenig schonend umgegangen, hat rechts die letzte Rippe abgesäbelt und links sie sogar aus ihrer gelenkigen Verbindung vollständig gelöst und entfernt.

Rechts existirt noch ein kleines Stückchen der Rippe, links finden Sie nur bei genauem Zusehen die rauhe foveola articularis am 12. Brustwirbel.

Zwischen 5. und 6. Brustwirbel liegt links ein überzähliger halber Wirbel, ein sogenannter Schaltknochen.

Die 5 ersten Rippen der linken Seite sind mit den betreffenden Wirbeln normal verbunden, das capitulum der 6. Rippe articulirt aber mit dem 5. Wirbel und dem Schaltknochen, die 7 liegt zwischen Schaltknochen und 6. Wirbel. Die übrigen Rippen der linken Seite sind dem entsprechend ebenfalls in ihrer Lage verändert.

Rechts sind die Rippen normal. Am Rücken zählen Sie 13 proc. spin. dorsales.

Dieser überzählige Wirbel ist der Grund zur Scoliose geworden. Durch ihn ist die Wirbelsäule fast winklig abgeknickt.

Zur näheren Beschreibung der vorliegenden Verhältnisse wird es vielleicht nöthig sein, den Schaltknochen aus seinen Verbindungen zu lösen, ich habe mich aber bis jetzt nicht entschliessen können, das seltene Präparat zu zerstückeln.

An der zweiten Wirbelsäule sehen Sie eine linke Lumbalkrümmung, wobei die Wirbelsäule in toto nach rechts abgeknickt ist.

Wenn nun auch die Seltenheit derartiger Fälle eine Demonstration hier im Verein gerechtfertigt hätte, so habe ich doch noch einen anderen Zweck dabei im Auge, nämlich, die Entstehung der sogenannten compensatorischen Krümmung zur Sprache zu bringen.

Sie wissen, dass bei vorgeschritteneren Scoliosen die Wirbelsäule mehrere Verbiegungen erleiden kann, im vertebr. dorsal. lumbal und sacralen Theil. Ich will der heutigen Besprechung nur die dorsale und lumbale Krümmung zu Grunde legen.

Man spricht von Hauptkrümmung und Nebenkrümmung oder primärer und secundärer Krümmung und fasst die letztere als compensatorische Krümmung auf. Die secundäre Krümmung soll den aus dem Gleichgewicht gebrachten Körper wieder in das richtige statische Verhältniss setzen.

Die Anschauung Schildbachs, die er auf Grund seines enormen Materials gewonnen, ist fast vergessen, die compensatorische Krümmung hat volles Bürgerrecht gewonnen: man spricht von ihr, wie von einer Nothwendigkeit zur Sicherung des Rumpfgleichgewichts.

Schilbach[1]) bestreitet die Wirkungen der statischen Compensation.

Die Verbiegung der Wirbelsäule nach einer Seite ziehe durchaus nicht eine Gegenkrümmung nach sich. Jede Verkrümmung entstehe für sich, unabhängig von der anderen.

Volkmann[2]) spricht sich ebenfalls gegen die einseitige Annahme aus, dass eine Krümmung stets die primäre sei und die übrigen nur aus statischen Gründen zur Sicherung des Gleichgewichts und der Aequilibrirung des Rumpfes entstünden, es sei dies nur für einen Theil der Fälle zulässig. Er führt dann aber die Existenz einfacher Totalscoliosen als Beweis dafür an, dass Gegenkrümmungen zur Erhaltung des Gleichgewichts nicht immer nothwendig seien.

Das ist ein unglücklich gewähltes Beispiel, das, wie Sie hier am elastischen Stabe sehen, aus dem Lager der Gegner leicht hätte widerlegt werden können. Der Körper hat durch Entstehung der Totalscoliose das Gleichgewicht garnicht verloren.

Seit Lorenz, der ein überzeugter Anhänger der compensatorischen Krümmungen ist, seine «Pathologie und Therapie der seitlichen Rückgratsverkrümmungen» 1886 erscheinen liess, hat seine Anschauung die Schildbach-Volkmann'sche fast vollständig verdrängt.

Lorenz erläutert seine Anschauung an einem Gleichniss. Er stellt sich einen Baumstamm vor, der durch den Wind nach einer Seite ausgebogen sei. Der Wipfel bekomme dadurch eine der Windrichtung entsprechende schiefe Lage, während der Stamm eine einfache Seitenkrümmung zeige. Dieses Bild, fährt er fort, «passt auf keine Form einer scoliotischen Verkrümmung, denn man findet niemals, dass der oberhalb eines Krümmungsscheitels, z. B. einer primären Lendenkrümmung, gelegene Krümmungsschenkel eine Seitwärtsneigung des ganzen oberen Abschnittes der Wirbelsäule bedingt. Vielmehr wird die Brust- und Halswirbelsäule trotz der Lendenabweichung aufrecht, d. h. senkrecht getragen.

Dass letzteres aber, wenn auch in seltenen Fällen, nicht immer geschieht, lehrt ein Blick auf die vor Ihnen stehende Lendenscoliose.

Lorenz modificirt sich nun sein Gleichniss in folgender Weise:

Der Baumstamm ist durch irgend eine Kraft seitlich ausgebogen, während der Wipfel unverrückbar dem Lichte zustrebt. Der ganze Stamm zeigt 3 Convexitäten, von denen die mittlere die stärkste ist. Der obere und untere Schenkel der Krümmung kehren im Bogen zur Senkrechten zurück und bilden die beiden anderen Convexitäten.

Diese Schenkel bezeichnet Lorenz als compensirende, die erst dann zu Gegenkrümmungen werden, wenn sie die Mittellinie nach der entgegengesetzten Seite überschritten haben.

Bis hierher kann ich mich sehr gut mit Lorenz einverstanden erklären, muss mich aber durchaus gegen seine weitere Erklärung aussprechen. Er lässt, wenn das primär abgewichene Segment der Wirbelsäule sich stärker krümmt, das Individuum eine instinktive äquilibristische Leistung aufbringen, um die nach der entgegengesetzten Seite übergreifenden Krümmungsschenkel wieder in die senkrechte Achse zurückzuführen.

Wenn Sie die Wirbelsäule der congenitalen Scoliose betrachten, so finden Sie eine sehr starke Verbiegung nach links im dorsalen Theil, aber weder im cervicalen, noch lumbalen Theile eine secundäre Krümmung.

Und doch lagen die Verhältnisse so günstig, wie möglich für das Zustandekommen derselben. Vom ersten Tage, wo das Kind sitzen und gehen lernte, drückte die Last des Körpers auf die vorhandene Krümmung. Die schwere Haus- und Feldarbeit, so wie die nationale Verwendung des Kopfes zum Tragen von Lasten hätten dann das Ihrige thun müssen, um die Gegenkrümmungen im cervicalen und lumbalen Theile in exquisiter Weise eintreten zu lassen.

Und doch bleibt es trotz aller dieser 33 Jahre wirkenden Kräfte dabei, dass die Schenkel der Krümmung in leicht convexem Bogen zur Mittellinie zurückkehren, ohne diese zu überschreiten.

Auch bei der zweiten Scoliose entsteht trotz sehr stark entwickelter Lumbalabweichung und hochgradiger Torsion keine secundäre Krümmung. Das Individuum bringt keine instinktive äquilibristische Leistung auf.

Woher nun dieses so abweichende Verhalten?

Mir scheinen die Behauptungen: «Gegenkrümmungen seien bei vorhandener starker Primärkrümmung nothwendig und entstünden durch das Bestreben, den Körper in die Gleichgewichtslage zurückzuführen», bei der Betrachtung dieser beiden Scoliosen unhaltbar.

Eine weitere Stütze meiner Ansicht bilden die statischen, cicatriciellen, empyematischen, paralytischen, traumatischen und neuro-muscularen Scoliosen, bei denen durchaus keine secundären Krümmungen zu Stande zu kommen brauchen.

Ich habe 2 Fälle der zuletzt angeführten Scoliosen-Form, der sog. Ischias scoliotica genau zu beobachten Gelegenheit gehabt. Der eine, die heterologe Form, betraf einen 38 jährigen Mann, der andere, homologe Form, ein 17-jähriges Mädchen. Bei Beiden existirte trotz starker Ausbiegung der Wirbelsäule und 3 und 2-jährigen Bestehen der Erkrankung keine secundäre Krümmung.

Nun existiren aber doch bei den Dorsal- und Lumbalformen der habituellen Scoliose secundäre Krümmungen und treten im Ganzen sehr bald nach dem Erscheinen der primären Krümmungen auf. Dass der Grund auch hier nicht in Wiederherstellung des Gleichgewichts gesucht werden darf, scheint mir fraglos; es wäre nicht einzusehen, warum bei der habituellen Scoliose andere Gesetze der Statik zur Geltung kommen sollten.

---

[1]) Schildbach. Die Scoliose. Leipzig 1872.

[2]) Volkmann. Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie.

Ich glaube, dass hier ebenso wie bei dem Entstehen der habituellen Scoliose überhaupt eine eigenthümliche Disposition, eine gewisse Weichheit der Wirbel herangezogen werden muss. Nicht jedes Kind wird bei den Einwirkungen des Sitzens und Schreibens scoliotisch. Ist es aber scoliotisch geworden, so war auch die ganze Wirbelsäule prädisponirt und nur der Zufall entscheidet in welchem Abschnitte die primäre Krümmung erscheint. Sowohl der lumbale, als der dorsale Theil sind bei einer gewissen fehlerhaften Schreibhaltung — Becken nach rechts, Oberkörper nach links gedreht, in gleicher Weise betheiligt [3]).

Ist erst die primäre Krümmung da, so muss naturgemäss bei der gleichen weiter einwirkenden Schädlichkeit, die secundäre, schon vorgebildete, Krümmung sehr bald nachfolgen. Wer die nackten Rücken schreibender Kinder beobachtet hat, wird mir darin beistimmen.

Natürlich können auch andere Momente hinzukommen, wie Erblichkeit, Muskelschwäche und das anormale Verhalten der antero-posterioren Krümmungen [4]), ohne die Annahme einer gewissen Weicheit, einer Malacie der Knochen, wie Hoffa sich ausdrückt, kommen wir aber nicht durch.

Meine Ausführungen möchte ich in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Compensatorische Krümmungen existiren nicht.

2. Secundäre Krümmungen entstehen selbstständig.

3. Secundäre Krümmungen können nicht durch das Bestreben den Körper in die Gleichgewichtslage zurückzuführen, erklärt werden.

4. Secundäre Krümmungen kommen nur bei in toto prädisponirter Wirbelsäule vor, bei habitueller und rhachitischer Scoliose, können aber auch unter derselben Bedingung bei anderen Scoliosenformen auftreten.

5. Secundäre Krümmungen entstehen entweder gleichzeitig mit der primären oder bedürfen der vorhergehenden Fixation der primären Krümmung.

Es soll das nur eine vorläufige Mittheilung sein, ich bin mir vollauf bewusst, dass meine Beobachtungen mich noch nicht berechtigen, feste Sätze aufzustellen, mir kam es nur darauf an, fertig formulirte Thesen zur Discussion zu bringen.

Vermischtes.

— Zur Organisation des bevorstehenden internationalen medicinischen Congresses in Moskau hat die Regierung eine Subvention im Betrage von 30,000 Rbl. bewilligt.

— Die Errichtung einer medicinischen Facultät an der Odessaer Universität ist ihrer Verwirklichung nahe gerückt, da die Stadtduma von Odessa vor Kurzem den Beschluss gefasst hat, 500,000 Rbl. zu diesem Zweck beizusteuern.

— Das Gesuch der Kiewer physiko-mathematischen Facultät um Bewilligung von 4000 Rbl. zur Organisation des X. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte im August 1896 in Kiew ist vom Minister der Volksaufklärung im Einvernehmen mit dem Finanzminister abschlägig beschieden worden.

— Seit dem Beginn dieses Lehrjahres sind die Doctoranden der militär-medicinischen Academie verpflichtet, ausser den bisher üblichen 500 Exemplaren ihrer Dissertationen der Academie, noch 300 Exemplare eines kurzen Resumes ihrer Arbeiten vorzustellen, welche an die Studenten vertheilt werden sollen, damit dieselben sich mit den Schlussfolgerungen der Autoren ohne grösseren Zeitaufwand bekannt machen können.

— Frau Dr. Rosa Kerschbaumer (Oculistin), die bisher einzige zur Ausübung der ärztlichen Praxis in Oesterreich zugelassene Damen, kehrt, wie die «Wien. med. Wochenschr.» erfährt, in nächster Zeit in ihre Heimath, nach Russland zurück, um an dem neubegründeten weiblichen medicinischen Institut einen Lehrstuhl zu übernehmen.

— Das Royal College of Physicians und das Royal College of Surgeons haben mit 59 gegen 50 bezw. mit 58 gegen 48 Stimmen beschlossen, keine Frauen zu den Prüfungen zuzulassen und ihnen keine Diplome auszustellen. (Allgem. med. C. Ztg.)

— Die Cholera herrscht in Russland noch in erheblichem Grade im Gouvernement Wolhynien, wo vom 15. bis 28. October 807 Neuerkrankungen und 336 Todesfälle vorkamen; dann aber auch in mässigerem Grade im Kreise Berditschew (Gouv. Kiew), wo im selben Zeitraum 118 Personen erkrankten und 52 Personen an der Cholera starben. Die choleraartigen Erkrankungen in St. Petersburg dauern noch fort, doch ist die Zahl derselben eine massige (5–8 Neuerkrankungen täglich, ebenso die Zahl der Todesfälle. Am 15. November verblieben in den Hospitälern St. Petersburgs 36 derartige Erkrankte in Behandlung.

— Der Director des Hebammen-Instituts und Consultant des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene-Pawlowna, Staatsrath, Prof. Dr. Ott, ist zum Leibaccoucheur des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, — unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen.

— Der frühere Professor der Physiologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Tarchan-Mourawow hat in der vorigen Woche seine Vorlesungen über allgem. Physiologie an der St. Petersburger Universität begonnen.

— Am 12. December d. J. begehen das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit: Der Professor der pathologischen Anatomie an der mil.-med. Academie, Dr. Winogradow, der Oberarzt des Obuchowhospitals Dr. Netshajew, sowie die hiesigen Aerzte Wasten, Dembo und Korowin.

— In der letzten Conferenz-Sitzung der militär-medicinischen Academie wurde der Prof. ord. der Physik, wirkl. Staatsrath Dr. Jegorow, zum Academiker gewählt.

— Dr. Eugen Kotljar hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Pharmacologie an der genannten Academie habilitirt.

— Zum Nachfolger des bekanntlich nach Berlin berufenen Professors König auf dem Lehrstuhl der Chirurgie an der Universität Göttingen ist Prof. Braun in Königsberg berufen worden. Braun war früher Professor in Jena und Marburg und ist seit 1890 als Nachfolger von Mikulicz in Königsberg thätig.

— Dem Ehren-Consultanten des Hospitals der St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, wirkl. Staatsrath Dr. Dobrowolski, ist der St. Wladimir-Orden III. Cl. verliehen worden.

— Verstorben: 1) Am 10. November in St. Petersburg der Präsident des medico-philanthrophischen Comités, wirkl. Staatsrath Dr. Adolph Marzikani. Der Verstorbene war auch Redacteur des Journals «Санитарное Дѣло». 2) Am 21. October hierselbst der ältere Arzt des 13. Sappeur-Bataillons, J. S. Woloschanowitsch, welcher der militär-medicinischen Academie zucommandirt war, im 38. Lebensjahre am Schlage. Er hat seine Frau ganz mittellos hinterlassen. Die Beerdigungskosten wurden durch eine Collecte unter den Collegen beschafft.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. November d. J. 7451 (243 mehr als in d. Vorw.), darunter 1104 Typhus — (100 mehr), 794 Syphilis — (14 mehr), 145 Scharlach — (17 mehr), 51 Diphtherie — (1 weniger), 61 Masern (3 weniger), und 13 Pockenkranke (1 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 5. bis 12. November 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
273	211	484	98	38	90	10	7	22	46	46	27	40	30	19	9	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 3, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 12, Scharlach 19, Diphtherie 13, Croup 3, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 3, Cholera nostras 12, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 4, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 13, Krankheiten der Verdauungsorgane 43, Todtgeborene 34.

---

[3]) Schenk: Zur Aetiologie der Scoliose. Berlin 1885.

[4]) Staffel: Die menschlichen Haltungstypen. Wiesbaden. 1889.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 28. November 1895.

Tagesordnung: 1) Dr. Hagentorn: Demonstration eines Präparates des Circulationsapparates.
2) Dr. Hörschelmann: Ein Fall von Gehirnerkrankung bei einem Neugeborenen.
3) Dr. Wanach: Ueber Exstirpation des Schultergürtels, mit Krankenvorstellung.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 20. November 1895.

Tagesordnung: Dr. Schmitz: Ueber Peritonealtuberculose.

Дозв. ценз. Спб. 18 Ноября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 47 St. Petersburg, 25. November (7. December) **1895**

Inhalt: Dr. Paul Bergengrün: Topographisches über den Bacillus leprae, mit Demonstration microscopischer Präparate. — Referate: Dr. Karl Heinzel: Ueber vorübergehende Erblindung während der Laktationsperiode. Dr. Karl Heinzel: Einige weitere Fälle von Amplyopie in der Laktationsperiode. — E. de Renzi: Ueber einige neue Arzneimittel in der Therapie der Tuberculose. — Thomas R. Fraser: Die bei Herzerkrankungen angewendeten Heilmittel und ihre Indicationen. — M. Tiemich: Bacteriologische Blutuntersuchungen beim Abdominaltyphus. — S. Riva-Rocci und G. Cavallero: Zur Frage der Wasserretention im Fieber. — Bücheranzeigen und Besprechungen: Dr. Hermann Rieder: Handbuch der ärztlichen Technik. — Auszug aus den Protokollen des deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Topographisches über den Bacillus leprae, mit Demonstration microscopischer Präparate.

Von

Dr. Paul Bergengrün.

Vortrag zum 7. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden am 14. September 1895.

Hochverehrte Versammlung!

Die von Hansen, dem Entdecker des Bacillus leprae vertretene Ansicht, dass der letztere nur in Zellen eingeschlossen vorkomme, ist heutzutage in allen Welttheilen die herrschende; auch unsere vaterländische livländische Lepraliteratur vertritt denselben Standpunkt, und nur wenige Autoren, in erster Linie Unna und Leloir, sind anderer Meinung.

Indem ich mich auf Grund eingehender Untersuchungen, die ich im Verein mit Dr. Ottocar Gerich-Riga angestellt habe, zu dieser Minorität bekenne, bitte ich Sie, meine Herren, die Stichhaltigkeit unserer Gründe für diese unsere Stellungnahme an der Hand der ausliegenden Präparate Ihrer werthen Kritik zu unterziehen; ich hoffe, Sie davon überzeugen zu können, dass die Leprabacillen der Hauptsache und Regel nach nicht intracellulär, sondern ausserhalb der Zellen ihr Domicilium haben.

Die Präparate entstammen den Schleimhäuten von 17 Kehlköpfen, die mit Lepra tuberosa behaftet waren und einzelnen anderen Partien der oberen Luftwege.

Für die freundliche Ueberlassung dieses Materials, erlaube ich mir dem Director des Leprosoriums zu Riga, Dr. med. Adolf von Bergmann an dieser Stelle meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Wir fassen die Resultate unserer Untersuchung in zwei Kardinalpunkte zusammen:

I. Die Leprabacillen liegen thatsächlich ausserhalb der Gewebszellen.

Es ist uns nicht gelungen, Gewebszellen und Bacillen, welche räumlich zu einander in naher Beziehung standen, gleichzeitig bei derselben Tubuseinstellung zu erblicken, wie das etwa bei Kern, Kernkörperchen und Contur einer Zelle der Fall ist: man sieht, wenn die Mikrometerschraube in Ruhe ist, an einer Stelle des Gesichtsfeldes entweder Bacillen oder eine Zelle, aber nie an derselben Stelle Beides zusammen. — Davon überzeugen Sie sich am leichtesten, wenn Sie sich ein sog. Ausstrichpräparat ansehen, welches aus frischem Gewebssaft eines Hautknotens vom Lebenden gewonnen wurde.

Das Ausstrichpräparat wird, wie das bei jeder Neuaufnahme im Rigaschen Leprosorium geschieht, so hergestellt, dass die Epidermis leicht abgekratzt und die vortretende Lymphe mit einem Deckgläschen aufgetupft, auf demselben verdünnt, vorsichtig getrocknet und gefärbt wird. Von einer Zerstörung der Zellen und von mechanischem Herausdrücken der Bacillen aus denselben kann keine Rede sein. Diese Präparate zeigen deutlich intacte blaue Zellen und räumlich von ihnen ganz unabhängige freie Stäbchen, nie aber einen Bacillus intracellulär.

II. Die Leprabacillen befinden sich in den Lymphbahnen des Körpers und zwar in jeder der für dieselben gewöhnlichen Gesellschaftsformen:

Sie treten nämlich auf: als grosse Bacillenhaufen, als Büschel oder Bacillenbündel, als isolirte Individuen.

Was nun die erste Form, die Haufen anlangt, so hält man sie ziemlich allgemein für Zellen, die mit Stäbchen vollgepropft sind und nennt sie Schollen, Globi oder Leprazellen.

Dass es sich hier aber nicht um Zellen handeln kann, wird durch 3 Thatsachen bewiesen.

1) Diesen Gebilden fehlt ein Kern. Ein solcher wird bei erwachsenen Zellen nur dann vermisst, wenn sie entweder verhornt sind, — dann haben sie stets Plattenform, — oder wenn sie im Zerfall begriffen, körnig degenerirt sind.

Beides trifft aber hier nicht zu: die Gestalt der Bacillenhaufen ist immer rundlich, kuglig, eiförmig, keulenartig oder bandartig, oft auch ganz unregelmässig mit Fortsätzen, welche in die verschiedensten Ebenen hinaus-

strahlen, in der abenteuerlichsten Weise versehen, wie das sonst bei Zellen nie vorkommt und wie Sie das hier sehen können.

Trübungen im supponirten Zellleibe fehlen immer Man hat die hellen Flecke, welche die fraglichen Gebilde oft, aber lange nicht immer enthalten, Kerne genannt. Das sind aber Vacuolen, bacillenlose wahrscheinlich mit homogener Lymphflüssigkeit gefüllte Räume und keine etwa bläschenförmigen Kerne: denn sie nehmen nie Kernfärbung an und lassen sich bei geeigneten Durchschnitten als deutliche Canäle, oft als Halbrinnen, oder tiefe Einschnitte in die gefärbte Masse hinein erkennen.

2) Die Conturen dieser sog. «Leprazellen» lösen sich bei Anwendung stärkerer Vergrösserungen in eine Aneinanderlagerung von Bacillen oder deren Abkömmlingen auf.

Oft ist die Conturlinie eines solchen sog. Globus auch insofern eine nur scheinbare, als sich mit der Mikrometerschraube eine überraschende Verlängerung derselben nach einer Seite hin erzielen lässt, ein Umstand der auch darauf hinweist, dass das fragliche Gebilde verschiedene Ebenen durchsetzt und in einem Rohre liegt. Manchmal treten dann längliche Gruppen lose durch Zooglöa mit einander verbundener Stäbchen aus einer Contur hervor, ein anderes Mal eine Schaar freier Bacillen, welche alle längs gestellt, dieselbe Verlaufsrichtung einschlagen.

3) Die in Rede stehenden Bacillenconglomerate färben sich nur mit Bacterienfarben deutlich und verweigern die Annahme von Kern- und Protoplasmafarben.

Die fraglichen Gebilde sind unserer Ansicht nach, entsprechend der Unna'schen Auffassung, Thromben in dilatirten Lymphgefässen und bestehen aus Zooglöa, Bacillen, Bacillenresten und geronnener Lymphflüssigkeit. Für diese Annahme bieten unsere Präparate mannigfache Stützen dar:

a) Die rothen Massen liegen zumeist in Hohlräumen, welche mit einem deutlichen Endothel ausgekleidet sind.

b) Die Mikrometerschraube zeigt an manchen, besonders deutlich an etwas dickeren Schnitten, dass die eine Hohlwand des Rohres, den quer oder schräg geschnittenen Thrombus beherbergt, diesem wie eine Kappe aufsitzt; diese wird nämlich durch die Schraubenbewegungen über der rothen Scheibe, d. i. dem Thrombusquerschnitte, dergestalt hin und her bewegt, dass die letztere sich unter der umgebenden Kante versteckt und wieder hervortritt.

c) Andere Bilder lassen erkennen, dass ein feineres bacillenerfülltes Gefäss in ein gröberes einmündet. Andererseits sehen Sie in einem weiteren Bilde den Durchschnitt eines ganzen Gefässbündels, woselbst 3 endotheliale Schläuche von verschiedener Grösse nebeneinander verlaufen; ein jeder von ihnen beherbergt eins der grossen rothgefärbten Gebilde, einen Bacillenthrombenschnitt.

d) Die von Neisser bei seinen microscopischen Lepraforschungen stets vermissten Längsschnitte der Bacillenhaufen, die unsere Präparate in so grosser Menge aufweisen, stützen Gerich's und meine Anschauung resp. die in Rede stehende Unna'sche Lehre in kräftigster Weise. Sie zeigen uns wurstförmige, kettenartige schmälere in vielfacher Parallelzeichnung neben einander in glattem Bindegewebe verlaufende, oft die Drüsenacini korbgeflecht ähnlich umspinnende, oder auch, wie Haarwellen aussehende, oft mit kolbiger Auftreibung versehene Stränge und Bänder, wir bemerken da Schlängelungen, kurze und lange, breite und schmale Bogenformen, und erblicken deutliche Kniee. Ist ein solcher thrombosirter Schlauch gerade dort quergetroffen, wo er aus einer Richtung und Ebene in eine andere umbiegt, so sehen wir bei einer Tubuseinstellung eine Scheibe oder das Stück einer Kugel und bei einer zweiten den in dieses sich fortsetzenden Längsthrombus. Ganz besonders deutlich in den haarwellenähnlichen Bacillen-Schnüren da, wo einer kolbigen Auftreibung des Röhrchens ein Stück der Hohlwand fortgeschnitten ist.

Ferner sehen wir längs getroffene jüngere Thrombenstücke deutlich zwischen den anscheinend ganz normalen aber auseinander gedrängten Bindegewebszellen, ebenso wie wir das bei den vorerwähnten Bacillenschnüren sehen, ohne Beisein von Rundzellen; das bedeutet aber: nicht an Zellen, wohl aber an präexistirende Gewebsspalten gebunden finden sich die Bacillenthromben.

e) Das strahlen- oder strudel- u. wirbelartige Auseinanderfahren vieler Reihen von Thrombendurchschnitten in vielen Schnitten, ausgehend von einem Mittelpunkt oder auch von mehreren Centren, sowie auch die, die Richtung dieser Strahlen einhaltende und ihr entsprechende gekrümmte Form der Thromben, weist darauf hin, dass sie sich in präexistirenden Räumen befinden.

Die erwähnten vielgestaltigen, abenteuerlich geformten oft cactusartigen Gebilde glauben Gerich und ich als Ausgüsse varicös dilatirter, lymphangiectatischer Stellen des Saftstromgebietes deuten zu müssen.

f) Hier sehen Sie deutlich den Thrombus in einem gebogenen an zwei Stellen vom Schnitt getroffenen Rohre liegen, dessen beide kreisförmige Querschnittflächen mit einander durch den grauschimmernden und mit einzelnen Bacillen von aussen besetzten Mantel eines Lymphgefässes verbunden sind, ähnlich wie das bei den Stollen eines Hufeisens der Fall ist.

Die 2. Conglomerationsform — Bacillenbündel und Büschel — die Uebergangsform von dem isolirten zu dem thrombosirenden Auftreten des Bacill. leprae, zeigt mehrere, nahe bei einander liegende Individuen; diese lassen schon, wo nur 4 oder 5 Stäbchen zusammenliegen, das Bestreben erkennen sich zu einer runden, oft schon deutlichen Kreisform zu aggregiren. Die Neigung zur Bildung solcher Configurationen spricht ebenfalls für die Annahme der Unna'schen Lehre.

Die isolirten Bacillen endlich müssen sich in den structurlosen Gewebsspalten befinden, den sog. Saftkanälchen, welche ja die Anfänge der Lymphbahnen repräsentiren da, wie schon angeführt, der Nachweis nicht gelingt, dass sie innerhalb der Zellen stecken; damit soll aber keineswegs gesagt sein, dass ihre intracelluläre Lage ganz unmöglich ist und wir haben besonders im Epithel vereinzelte Stellen gefunden, wo diese Ausnahme deutlich constatirt werden konnte.

Andrerseits sehen wir ganze, lange Ketten hintereinander gereihter Einzelbacillen den pericapillären Räumen entsprechend, aber auch ohne diese, durch das Gewebe in das Papillarstratum und durch dieses in das oft sehr verdickte Epithel hineinziehen.

Entsprechend dem Obengesagten, ist die Anordnung der 3 Gesellschaftsformen des Bacill. leprae, wenn auch vielfachen Schwankungen unterworfen doch im Allgemeinen die, dass die isolirten Bacillen sowie die Büschelformen mehr im kräftig entwickelten, stark gefärbten, dichtgepflasterten Rundzellengewebe vorkommen, woselbst sie oft in unzähligen Mengen ausgesät erscheinen.

Ja, es kommt vor, dass sie das Gewebe total verdrängen: man sieht dann in einem Gesichtsfelde mit der schwächsten Vergrösserung die eine Hälfte des Bildes blau (Rundzellen) die andere mit geflammten, zackigen Conturen roth (Bacillen) gefärbt; das Bacillenlager sendet Fortsätze tief ins Rundzellengewebe hinein.

Mehr central in den Grenzgebieten zwischen jugendlichem und älterem Lepragewebe, wo sich die Lymphräume mehr ausdehnen können, wo sich die Saftspalten

schon zu Gefässchen sammeln, kommen die Thromben und deren Durchschnitte zur Beobachtung. Im jungen Rundzellgewebe sieht man die Thromben viel seltener, ebenso auf der andern Seite im schon solid gewordenen Narbengewebe. Im Epithel findet sich, wie auch im Perichondrium, der Bac. leprae nur isolirt oder in Bündeln, — selten erweitern sich die intercellulären Räume so gewaltig, wie Sie das in dem Präparate sehen, wo der Thrombus sich bis dicht an's Drüsenlumen heran zwischen die Epithelzellen eingedrängt hat.

Wenn wir somit von der Unna'schen Lehre von dem intralymphovasculären constanten Wohnort der Leprabacillen überzeugt sein müssen, so können wir uns trotz der unleugbaren Wichtigkeit dieser Thatsache doch nicht verhehlen, dass die Cardinalfrage, auf welche das anatomische Studium der Lepra doch hinauslaufen muss, nämlich die nach dem Invasionswege der Bacillen, noch lange nicht gelöst ist. Vielleicht dürfen wir aber die Hoffnung hegen, dass die gewonnene Erkenntniss einst die enge Pforte öffnen helfen werde, durch welche wir einst zum Tempel der Gewissheit eingehen könnten, der Gewissheit nämlich, wie die allerelendesten unserer Mitmenschen von einem Fluche zu befreien wären, dessen Schrecknisse unsere theure baltische Heimath seit Jahrhunderten erfüllen.

Referate.

Dr. Karl Heinzel. Ueber vorübergehende Erblindung während der Laktationsperiode. (Beiträge zur Augenheilkunde. Herausgegeben von Deutschmann. XIII Heft 1894).

Dr. Karl Heinzel: Einige weitere Fälle von Amplyopie in der Laktationsperiode. (Beiträge zur Augenheilk. etc. XXI. Heft 1895).

Sehstörungen infolge der Laktation sind eine seltene Erscheinung. Knies erwähnt ihrer in seinem Buche «Ueber die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers und seiner Organe» nur beiläufig und fasst sie als eine Folge der allgemeinen Schwächung auf. S. Cohn («Uterus und Auge») hält den ursächlichen Zusammenhang derartiger Störungen nach den bisherigen Beobachtungen überhaupt für noch nicht erwiesen. Heinzel hat in den vorliegenden Arbeiten mehrere Fälle aus der Literatur zusammengestellt; der Umstand, dass nur bei einem von diesen ein ophthalmoskopischer Befund verzeichnet ist, bewegt ihn nun dazu seine eignen Erfahrungen über diese Form von Gesichtsstörung zu veröffentlichen.

Es handelt sich um vier im Alter von 22 bis 38 Jahren stehende und sonst gesunde Frauen, bei denen zur Zeit der Milchsecretion — einige Tage bis 7 Wochen nach der Geburt — Sehstörungen höheren oder geringeren Grades auftraten. Das Allgemeinbefinden ist nicht erheblich gestört, in drei Fällen wird über Kopfschmerz geklagt. Die Sehstörungen bestehen entweder in Amblyopie oder in totaler Amaurose, in dem einen Falle war ein anfallsweises Auftreten der letzteren zu beobachten. Hierzu kommt eine zunehmende Einengung des Gesichtsfeldes und eine Herabsetzung des Farbensinns.

Der Augenspiegel zeigt die Zeichen einer Neuritis optica mit geringerer oder stärkerer Betheiligung der Netzhaut. Die Papillengrenzen sind verwischt, die Venen meist überfüllt und geschlängelt, die Arterien verengert. Die Retina ist in der Umgebung der Papille getrübt und enthält in dem einen Falle Haemorrhagien und helle Fleckchen. Die Höhe der ophthalmoskopisch sichtbaren Erscheinungen entspricht jedoch keineswegs der Höhe der Functionsstörungen.

Im Laufe der folgenden Monate beginnen die Erscheinungen zurückzugehn und an die Stelle der Neuritis optica tritt eine leichte Opticusatrophie. Das Sehvermögen und das Gesichtsfeld werden allmählich wieder annähernd normal, nur der Farbensinn bleibt herabgesetzt.

Die Diagnose kann nur durch Ausschluss aller anderen eine Neuritis opt. verursachenden Momenten gestellt werden; vor allem sind Lues, Nephritis und Intoxicationen auszuschliessen. Die Therapie besteht hauptsächlich in einer Unterbrechung des Säugeaktes, ausserdem in der Darreichung diaphoretischer und diuretischer Mittel.

Als Ursache dieser Neuritis optica vermuthet Heinzel eine Autointoxication mit giftigen Eiweissstoffen, deren Entstehung auf den stärkeren Eiweisszerfall während der Laktation zurückzuführen sei. Ischreyt.

E. de Renzi: Ueber einige neue Arzneimittel in der Therapie der Tuberculose. (Therapeut. Wochenschr. Nr. 34. 1895).

Verf. hat in seiner Klinik im verflossenen Schuljahre die Wirksamkeit einiger neuer und auch alter Mittel in der Therapie der Lungentuberculose versucht und schildert nun in Kürze die erhaltenen Resultate.

I. Acidum pheno-succinicum. — Phenosuccin. — Jodophenosuccin. — Drei von Prof. Piutti (Neapel) dargestellte Substanzen.

Das Acidum pheno-succinicum — p. aethoxyphenyl-succinsäure — wurde vier an Lungentuberculose leidenden Kranken in Dosen von 0,8—1,0 pro die verabreicht. Das Mittel wurde gut vertragen, eine Heilwirkung jedoch nicht beobachtet. In 3 Fällen trat ein leichter Fieberabfall ein, die Pulsfrequenz nahm etwas zu, die Zahl der Bacillen hat etwas abgenommen. In allen Fällen konnte man eine Steigerung der Diurese beobachten. Bei Thierversuchen konnte man in einem Falle ein nachträgliches Sinken der Körpertemperatur um 0,8 beobachten, in einem anderen Falle einen Anstieg um 0,2.

Das Phenosuccin, p. aethoxyphenylsuccinamid wurde in Dosen von 3,0 p. die gut vertragen, aber ohne Effect.

Das Jodo-phenosuccin bewirkte in dem einen Falle, in dem es benutzt wurde in Dosen von 1.0—2 75 p. die wohl leichte Besserung des Allgemeinbefindens aber eine Temperatursteigerung von 0,5 Grad.

Diese drei Präparate haben im Ganzen den tuberculösen Process nicht wesentlich beeinflusst.

II. Nucleïn. Dasselbe wurde bei 5 Kranken angewendet und zwar wurden parenchymatöse Injectionen gemacht, beginnend mit ½ cbcm. täglich und um ¼ cbcm. täglich steigend bis zur Dosis von 3½ cbcm. In einem Falle trat während der Behandlung allgemeines Schwächegefühl und Kopfschmerz auf. Sonst haben diese Injectionen weder locale noch allgemeine Störungen hervorgerufen, das Mittel wurde gut vertragen und bei 3 Kranken trat eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens auf, bei einem merkliche Abnahme der Rasselgeräusche. In zwei Fällen wurde das Blut auf die Beeinflussung der weissen Blutkörperchen untersucht, und musste eine Zunahme derselben constatirt werden.

III. Creosotal — Creosotum carbonicum. Gegeben drei Kranken in Dosen von 0 5—30,0 pro die, 9, 12 und 34 Tage hindurch, wurde gut vertragen; in einem Falle auch eine merkliche Besserung erzielt, wobei das Körpergewicht um 2286 grm. zugenommen hatte. Auf das Fieber hatte das Mittel keinen Einfluss, ja sogar die Durchschnittstemperatur war um einige Zehntel höher als in der der Behandlung vorausgegangenen Periode. In einem Falle wurde auch theilweise Rückkehr des Vesiculärathmens und Verminderung der Rasselgeräusche beobachtet. In den anderen Fällen wurde keine merkliche Veränderung gefunden.

IV. Das Haemoglobin Nardi, welches 6 Tuberculösen in Dosen von 1—10 grm. pro die 3—17 Tage hindurch verabreicht wurde, liess keinen nennenswerthen Erfolg eintreten.

V. Aqua oxygenata wurde in 4 Fällen ebenfalls ohne Erfolg versucht.

VI. Liquor arsenicalis wurde bei 4 Kranken in hohen Dosen versucht, von 4 bis zu 50 Tropfen steigend pro die 9—17 Tage hindurch. In allen Fällen wurde auch durch die hohen Dosen keine Störung hervorgerufen. Das Körpergewicht nahm bei allen Kranken um 344 bis 1006 grm. zu, im übrigen wurde aber keine merkliche Besserung erzielt.

VII. Electrisches Licht. Verf. bediente sich während der letzten Beobachtungszeit stärkerer Lichtquellen, als er es früher bei seinen Studien über den Einfluss des Lichts auf die Tuberculose gethan hatte. Er versuchte das electrische Licht bei 4 Kranken. Genommen wurde dazu das sehr intensive Licht einer Bogenlampe von einer Spannung von 50 Volts und einer Intensität von 30—40 M. A. und das Lichtbündel wurde direct auf den Thorax des Patienten vermittelst eines kräftigen Reflectors von 40 cm. Durchmesser projicirt. Die Einwirkung der Wärme wurde durch einen Ventilator neutralisirt. Die Dauer der einzelnen Sitzungen schwankte zwischen 13 und 50 Minuten. Die Versuche wurden in allen Fällen gut vertragen und trat jedesmal eine beträchtliche Röthung der Haut ein, die nach einigen Minuten wieder verschwand. Verf. wählte zu diesen Versuchen die schwersten und decrepidesten Kranken, deren Torax dadurch durchsichtiger sein musste. Bei allen diesen Kranken wurde im Allgemeinbefinden und im physikalischen Lungenbefund keine Veränderung gefunden, die Zahl der Tuberkelbacillen wurde jedoch in allen Fällen geringer und gleichfalls eine Herabsetzung der Temperatur bedingt. Verf. ist der Ansicht, dass, wenn es gelingen würde, ein sehr intensives Licht, das frei von Wärmestrahlen wäre, anzuwen-

den, man sehr bedeutende Heilerfolge auf diese Art der Behandlung erzielen könnte.

VIII. Termophor. Auch in den drei Fällen, die Verf. mit dem Termophor behandelte, erzielte er eine deutliche Besserung. Der Termophor besteht aus einem sehr langen Silberdraht, der in mehreren Windungen zwischen 2 Wollstücken derart eingenäht ist, dass das Ganze auf den Thorax applicirt werden kann. Durch den genannten Draht werden sehr starke electrische Ströme gelassen, wodurch eine starke Erhitzung des Drahtes erzielt wird. Die Temperatur am Thorax schwankte während der Einwirkung zwischen 60° und 90° C. und diese Versuche wurden auch gut vertragen.

Hecker.

Thomas R. Fraser. Die bei Herzerkrankungen angewendeten Heilmittel und ihre Indicationen. (Therap. Wochensch. № 34 u. 35. 1895).

Verf. berichtet in seiner Abhandlung über die bekannten Cardiaca und über die Indicationen für dieselben zwar nichts neues, jedoch sind seine Beobachtungen, die er über diese Mittel schildert, höchst interessant. Und zwar hat Verf. gerade Strophanthus in einer grossen Reihe von Herzerkrankungen mit Erfolg angewandt. In den verschiedensten Formen von Herzfehlern, sowie bei Herzinsufficienz in Folge von fettiger Degeneration des Herzens und Fieber bei Pneumonie, resp. Pleuritis hat Verf. durch Strophanthus schnelle Besserung des Allgemeinbefindens und Schwinden der Compensationsstörung beobachtet. Strophanthus gehört zur Gruppe der Mittel, die sich der Digitalis in ihrer Grundwirkung anschliessen. Im allgemeinen soll man nach Ansicht des Verf. nur dann zu den tonisirenden Mitteln greifen, wenn wirklich gestörte Compensation besteht und so könnten Aortenklappenfehler, namentlich Aorteninsufficienz und Mitralstenose, bei denen sich der linke Ventrikel von selbst den zu überwindenden Schwierigkeiten anpasst, lange ohne Cardiaca behandelt werden, zumal so eine spontan eingetretene Compensation unbegrenzt lange dauern kann; die Darreichung eines Mittels aus der Gruppe der Cardiaca aber mehr Schaden als Nutzen anstiftet durch ungebührliches Anspornen des linken Ventrikels; das führe nur zu vorzeitiger Erlahmung des linken Ventrikels. Aortenklappenfehler erzeugen nun eine Reihe von Symptomen, die, wenn das Herz sich auch in Compensation befindet, für den Kranken sehr qualvoll werden können. Dahin gehört auch der als Angina pectoris bezeichnete Zustand. Hier wären nun, falls die Compensation erhalten ist, Mittel indicirt, wie Opiate, Nitroglycerin, Nitrite, Arsenik und Jodkalium. Verf. hält das Opium für das werthvollste, doch geben die übrigen Mittel auch günstige Resultate. Das Jodkalium wirke nur dann mit Erfolg, wenn gleichzeitig krankhafte Veränderungen der Aorta und des Herzens, wie fibröse Processe, vorhanden sind.

Nachdem Verf. durch mehrere ausgeführte Krankengeschichten gezeigt, wie günstige Resultate man erzielt bei Anwendung von Substanzen — in seinen Fällen der Strophantustinctur — welche auf die Contraction des Herzmuskels stärkend wirken, führt er die Bedingungen an, die ein Ausbleiben des Erfolges erwarten lassen könnten. Wenn man von den ausserhalb des Herzens liegenden Zuständen absehen möchte, so sind es die drei folgenden Bedingungen: 1) hochgradige Entartungen des Herzfleisches, welche eine entsprechende Zusammenziehung des Herzmuskels nicht gestatten; 2) mechanische Kreislaufhindernisse in Folge von Leckseín der Klappen oder so hochgradiger Stenose, dass selbst durch beträchtliche Verstärkung der Herzaction kein genügender Kreislauf erzielt werden kann; drittens eine Combination von Degeneration des Myocards und der mechanischen Effecte von Klappenfehlern, welche zwar nicht für sich allein, wohl aber durch ihre Combination ein Versagen der Therapie bedingen.

Verf. hält Strophanthus hinsichtlich seiner Wirkung auf die Contractionsfähigkeit des Herzmuskels für das erste Mittel, es steigert — wie Versuche lehren — die Zusammenziehung des Herzens in einer viel kleineren Dosis als irgend eine andere Substanz. Eine Lösung von 1 Theil des trockenen Alkoholextracts in 10,000,000 Theilen Flüssigkeit ruft, durch das lebende Froschherz durchgeleitet, binnen 50 Minuten einen Stillstand des Herzens in äusserster Systole hervor und ferner bewirkt eine Lösung von 1 : 5,000,000 eine derart heftige Zusammenziehung des Herzmuskels, das dieselbe erst beim Beginn der Fäulniss gelöst wird. Die Raschheit der Wirkung beruht auf dem Umstande, dass das active Princip in weniger als einer gleichen Gewichtsmenge Wassers löslich und dass seine Diffusionsfähigkeit einem löslichen krystalloiden Körper entspricht. Digitalis ist dagegen eine relativ complicirte Zusammensetzung und enthält einige wirksame Stoffe, die in Wasser unlöslich sind. Was die Wirkung auf die Contraction der Gefässe anbetrifft, so steht Strophantus und Strophantin weit hinter der Digitalis, deren wirksames Princip einen fünfzig mal stärkeren Einfluss auf die Gefässe ausübt, als es bei ersteren der Fall.

Die diuretische Wirkung der Cardiaca wird man nur in den Fällen von Herzinsufficienz mit vorhandenen Oedemen erwarten können; bei gesunden Individuen oder bei compensirten Herzfehlern ist dieselbe kaum vorhanden.

Verf. erwähnt dann kurz die übrigen zu dieser Gruppe gehörenden Mittel, wie Coffein, Convallamarin, Helleborein, Scillitoxin und Adonidin. Dann vergleicht er ihre Wirkung mit der des Strophantusextracts, welches 8 mal so stark wirke wie Adonidin, Scillitoxin, Erythrophlaein, 30 mal so stark, wie Helleborein, 30 mal so stark wie gew. Digitalinproben, 300 mal so stark wie Coffein. Das Spartein verlangsame die Herzthätigkeit mehr durch Schwächung und Verlängerung der Systole, als durch wirkliche Steigerung der Contractionsenergie, gehöre also nicht in die Gruppe der Cardiaca. Es besitze auch keinen Einfluss auf das Myocard, bloss auf die das Herz regulirenden Nerven und das auch nur in grossen Dosen. Zum Schluss betont Verf. die grosse Bedeutung der Ruhe in der Therapie der Herzkrankheiten, ohne welche keine Herzinsufficienz behandelt werden könne. Unter Ruhe verstehe Verf. auch die Vermeidung der unnützen Ueberanstrengung des Herzens, wie sie nur zu oft durch Verabreichung von Digitalis und anderer Mittel beim geringsten hörbar gewordenen Herzgeräusch hervorgerufen wird, wobei die wirklichen Anforderungen des Kreislaufs nicht gebührend berücksichtigt werden.

Hecker.

M. Tiemich. Bacteriologische Blutuntersuchungen beim Abdominaltyphus. (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 31. 1895.)

Da es leider schwer ist sich nach dem bacteriologischen Befunde der Faeces differentialdiagnostisch für Typhus abdominalis zu entscheiden, obgleich man auf solchem Wege die Typhusstäbchen wohl findet, ihre Unterscheidung aber von den ihnen nahe stehenden Bacterien der Gruppe des Colonbacillus ungeheuer schwierig ist, so sind wiederholt Untersuchungen angestellt worden, die Typhusbacillen sowohl im Milzsaft als auch im Blute aufzufinden. Verf. hat nun durch seine erzielten Beobachtungen einen Beitrag zu der Reihe der Versuche letzterer Art geliefert. Doch auch ihm ist es nicht gelungen, ebenso wie den früheren Forschern, in allen untersuchten Fällen positive Resultate zu erzielen. Das mag daran liegen, dass die Untersuchungen vom Verf nicht vor dem neunten Tage, ja zuweilen noch viel später gemacht werden konnten. Aus diesem Grunde ist es leider auch nicht möglich den wahrscheinlichen Zeitpunkt des leichtesten Nachweises der Typhusbacillen im Blute annähernd zu bestimmen. Diese Frage muss auch weiterhin noch offen bleiben. Verf. hat sowohl das circulirende Blut, genommen aus der Vena mediana, als auch das Roseolenblut untersucht, und im letzteren in 5 Fällen von sieben, im ersteren in einem Falle Typhusbacillen gefunden. Von grossem Interesse ist nun der Umstand, dass in zwei angeführten Fällen — die sieben Krankengeschichten sind der Arbeit beigefügt — der Nachweis von Typhusbacillen diagnostisch von ausschlaggebender Bedeutung war, indem das eine Mal dadurch die zuerst naheliegende Diagnose einer Peritonitis und ein Tag darauf der Verdacht einer septischen Allgemeininfection ausgeschlossen werden konnten, in einem zweiten Falle die diagnosticirte Miliartuberculose umgestossen wurde.

Als fernerer Befund führt Verf. an, er habe in drei Fällen auf den Blutplatten, in zwei Fällen auf den Milzsaft- und Mesenterialdrüsenplatten (letztere bei den Sectionen geimpft) Staphylococcenculturen erhalten, die in ihrem ganzen Verhalten dem Staphyglococcus pyogenes albus glichen. Verf. meint nun, dass, obgleich eine Beimengung von Staphylococcen aus der Luft möglich wäre, dieselbe jedoch nicht wahrscheinlich sei, da schon derartige Befunde bekannt wären. Noch eine Fehlerquelle, die durch bactericide Wirkung des Blutes entstehen müsste, da zuweilen 1—2 bis sogar 5 Minuten vergingen, ehe das entnommene Blut geimpft werden konnte, glaubt Verf. ausschliessen zu dürfen, da ihm durch Controllversuche gelungen ist, nachzuweisen, dass innerhalb der ersten 2—3 Minuten keine deutliche Abtötung der Typhusbacillen durch das Blut eintrat.

Hecker.

S. Riva-Rocci und G. Cavallero. — Zur Frage der Wasserretention im Fieber. (Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 33. 1895.)

Frühere Beobachter, welche zur Lösung der Frage über die Wasserretention im Fieber Versuche angestellt haben, gelangten zu fehlerhaften Schlüssen, weil sie dem Verhältniss zwischen dem aufgenommenen und wiederabgeschiedenen Wasser keine oder nur geringe Aufmerksamkeit schenkten, und glaubten nun, je nachdem ob ihre Kranken mehr Wasser aufnahmen als in ihren gesunden Tagen oder nicht, einerseits eine Wasserretention leugnen, andererseits wieder als vorhanden annehmen zu dürfen. Auch J. Glax, der auf Grund seiner Versuche eine febrile Wasserretention wohl als vorhanden bezeichnet, sie jedoch in directe Beziehung zur Leistungsfähigkeit des Herzens und der Gefässe setzt, hat sich einen

Fehler zu Schulden kommen lassen: er hat zwar eine Wasserbilanz zwischen der dem Patienten zugeführten Flüssigkeitsmenge und dem Harnwasser aufgestellt, dabei aber vergessen, dass jede in jedem einzelnen Falle ziemlich stark schwankende Menge Wasser gleichfalls ausgeschieden wird durch Respiration, Perspiratio insensibilis, Schweiss und Speichel.

Klinisch kann man beobachten, dass beim Fieber die Glieder voller und saftreicher sind, ein sogenannter Turgor febrilis besteht, der beim Sinken der Temperatur in lytischer oder kritischer Weise, auch je nachdem langsam oder schnell schwindet und einer gewissen Trockenheit Platz macht bei gleichzeitig sich einstellender vermehrter Harnabsonderung, profusen Schweissen und Speichelung. Besteht Fieber längere Zeit, so ist eine Wasserretention nicht nothwendig, kann sogar vermehrte Wasserausscheidung sich einstellen, weil aus den durch den Fieberprocess zerstörten Geweben eine dementsprechende Elimination von Wasser stattfindet.

Riva-Rocci und Cavallero haben nun an einer Typhuskranken genaue Beobachtungen über die Wasserbilanz angestellt, indem sie alle oben angeführten Fehlerquellen vermieden haben, und fügen ihrer Arbeit eine Tabelle bei mit genauen Angaben über die während der 22 Beobachtungstage zugeführte Wassermenge, über die Wasserausgabe, Wasserbilanz, Wasser der zerstörten Gewebe und totale Wasserbilanz. Sie kommen dadurch zu Schlüssen, die sich mit den klinischen Erfahrungen decken. In ihrem untersuchten Falle war in den beiden ersten Wochen — die Tabelle beginnt erst mit dem 8 Krankheitstage — eine mittelmässige Retention von Wasser vorhanden, in der dritten Woche, in welcher das Fieber im Fastigium schwankt oder leicht abzunehmen beginnt, entsprechen die Zahlen des eingeführten und ausgegebenen Wassers einander vollständig. In der vierten Woche, in der eine vollständige Defervescenz statthatte, wurde eine Menge von Wasser ausgeschieden, entsprechend der gesteigerten Wasserzufuhr in der ersten Woche. Es giebt somit eine wahre Wasserretention im Fieber, die direct abhängig ist von dem pyrogenetischen Processe. Hecker.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Hermann Rieder: Handbuch der ärztlichen Technik. Mit 423 Abbildungen im Text. (Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel. 1895. Preis 10 Mark.)

Es ist gewiss eine überaus lohnenswerthe Aufgabe, die sich Verf. gestellt hat, — die verschiedenen technischen Methoden, welche zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken verwendet werden, in zusammenfassender Darstellung zu bringen. Jeder Arzt wird wohl zu Beginn seiner praktischen Thätigkeit erfahren haben, wie mangelhaft seine Kenntnisse in der Handhabung klinischer Technicismen waren; viele Kleinigkeiten, die weder von den klinischen Lehrern vorgetragen werden, noch in den Lehrbüchern gebührende Berücksichtigung erfahren, und doch täglich ausgeübt werden müssen, sind ihm völlig unbekannt, und werden erst allmälig durch den häufigen Umgang mit Kranken erlernt. Das Erscheinen dieses Werkes wird somit Vielen willkommen sein, umsomehr, als Verf. sich seiner Aufgabe in glänzender Weise erledigt hat. Alles, was irgend wie Bezug hat zur ärztlichen Technik, findet man in diesem Handbuch in klarer Darstellungsweise, durch vortrefflich ausgeführte Zeichnungen erläutert, wiedergegeben. In den ersten 4 Capiteln werden erörtert: die physikalische Diagnostik, die instrumentelle Inspection (Ophtalmoscopie, Rhinoscopie, Otoscopie, Cystoscopie etc.), die graphischen Methoden, also Cardiographie, Sphygmographie etc. und die mikroskopischen resp. bacteriologischen Untersuchungsmethoden. Es folgt dann eine Reihe von Capiteln, in denen die Untersuchungen des Blutes, des ganzen Darmtractus des Harns, der Faeces und des Nervensystems eingehend geschildert werden. Der Abschnitt über Elektrodiagnostik und Elektrotherapie führt dann schon in's Gebiet der theurapeutischen Technicismen über. Hier finden gebührende Berücksichtigung: die Cauterisation, die Blutstillung und Blutentziehung, die Infusion, Function, die Mechano- und Pneumo-Therapie, die verschiedenen thermischen Proceduren, wie Bäder, Einpackungen, Douchen etc. Die letzten 3 Capitel handeln über: Hilfe bei plötzlichen Unglücksfällen, über allgemeine und locale Anaesthesien und über Tracheotomie. Im Anhang schildert Verf. die wichtigsten Artikel der Krankenpflege (Pflege der Kranken, Krankentransport, orthopädische Vorrichtungen, Bandagen etc.), und bespricht dann in kurzen Zügen die Ernährung der Säuglinge, die Bereitung und Verwendung des Kephyrs. — Diese kurze Uebersicht des Inhalts wird wohl genügen, um die Leser unserer Wochenschrift von der Vollständigkeit des Werkes zu überzeugen. Wir wollen noch hinzufügen, dass die Darstellungsweise klar und gewandt ist, dass der Stoff überall mit vorzüglicher Sachkenntniss und ausserordentlicher Genauigkeit bearbeitet ist, so dass wir die Anschaffung des Werkes wohl befürworten können.

Abelmann.

Auszug aus den Protokollen

des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1250 Sitzung am 25. September 1895.

Dr. Moritz: «Ueber das Wesen des Asthma.» Vortr. knüpft an eine hierorts vor 12 Jahren (30. April 1883) gemachte Mittheilung (St. Petersburger med. Wochenschrift 1884) über das gleiche Thema an. Auf Grund einer eigenen Krankengeschichte und derjenigen anderer Personen, hatte sich Vortr. damals gegen die Entstehung des Bronchialasthmas aus einem Krampfe der Bronchialmusculatur (Biermer, Trousseau) ausgesprochen. Vortr. hatte sich für die Theorie Webers bekannt, welcher bekanntlich das bronchiale Asthma auf eine Schwellung der Schleimhaut der feineren und feinsten Bronchien zurückführt. Bei weiterer Beschäftigung mit seinem Thema hält Vortr. im Allgemeinen auch heute an seiner früheren Ansicht fest, nur glaubt er dieselbe, da sie nicht alle Symptome des Anfalles hinreichend erklärt, nunmehr erweitern zu müssen.

Unter Asthma versteht Vortr. ganz im Allgemeinen eine solche Dyspnoe, welche auf einer Verengerung des Lumens der feineren und feinsten Bronchien beruht, also eine stenotische Dyspnoe, welche ihren Sitz nicht in den grossen, sondern in den kleinen Bronchien hat. Diese Definition kann für alle Formen des Asthma, das nervöse, das bronchiale und cardiale Asthma ausgedehnt werden. (Streng von letzterem zu trennen ist die cardiale Dyspnoe). Für die Einheit dieser Formen spricht sowohl die Identität des Krankheitbildes, als auch die Uebereinstimmung der Therapie bei allen Arten von Asthma.

Hält man an der Identität sämmtlicher Arten des Asthma fest, so erkennt man, dass jeder Anfall von Asthma sich auf zwei Componenten zurückführen lässt; eine Schwellung der Bronchialschleimhaut, und eine Blutstauung im kleinen Kreislauf («Lungenstarrheit, Lungenschwellung», Basch u. s. Schüler). Als drittes accidentelles Moment treten gewisse Gelegenheitsursachen ein, welche dem Asthma seinen Character als cardiales, nervöses, bronchiales etc. verleihen. Der ersten Componente, der Schwellung der Bronchialschleimhaut, begegneten wir schon in der Theorie Webers. Neu in dieser Auffassung ist die Hereinbeziehung der zweiten Componente, der Lungenstarrheit, in die Erklärung für das Zustandekommen des Asthmaanfalles und doch ist dieselbe sehr wichtig, da ohne diese Lungenstarrheit einzelne Symptome keine genügende Erklärung finden. Vergegenwärtigt man sich den ad maximum erweiterten Thorax, den Tiefstand des Zwerchfelles, die Anspannung der Hülfsmuskeln am Halse, so erkennt man, dass der Binnenraum des Brustkorbes wesentlich vergrössert ist. Im Gegensatz dazu lässt aber ein spirometrischer Versuch nur wenig Luft aus den Lungen entweichen. Die vitale Capacität ist trotz unverminderter Excursionsbreite des Thorax im hohen Grade verkleinert. Mithin kann es auch nicht Luft sein, welche die Vergrösserung des Brustkorbes bewirkt und mit Verkleinerung desselben in der Exspiration aus demselben entweicht. Nothwendigerweise muss das Volumen pulmonum auctum auf eine Ueberfüllung der Lungen mit Blut bezogen werden, welches in der Exspiration der Lunge entströmt. Von klinischer Seite stimmt damit die Fülle der Halsvenen und die Röthe des Gesichts am Schlusse der Exspiration überein. Für eine Lungenstarrheit spricht weiter auch die Thatsache, dass Asthmatiker sich durch äussere mechanische Compression des Thorax vorübergehend Erleichterung schaffen können, wodurch augenscheinlich grössere Mengen gestauten Blutes aus den Lungen hinausgepresst werden, und dadurch erleichtertes Einströmen von Luft in die Alveolen ermöglicht wird. Auch die Anaemie im grossen Kreislauf während eines Asthmaanfalles (die Blässe des Gesichts und der Extremitäten, sowie der kleine Puls) sprechen für eine Ueberfüllung des kleinen Kreislaufes mit Blut. Das Eintreten der typischen Asthmaanfälle in der 2. Hälfte der Nacht, zwischen 3—5 morgens, also um die Zeit der stärksten Herabsetzung der Circulation spricht ebenfalls für die Mitwirkung cardialer Ursachen. Wenn man nun das Vorhandensein einer Lungenhyperaemie bei dem Asthmaanfall anerkennt, so lässt sich auch ein weiterer innerer Zusammenhang mit der ersten Componente, der Schwellung der Bronchialschleimhaut erklären. Es ist sehr wohl denkbar, dass in Folge einer Schwellungsstenose der Bronchien beim Inspirium nicht genug Luft in die Alveolen eindringt, daselbst eine Luftverdünnung entsteht, welche ihrerseits ansaugend auf das Capillarsystem des kleinen Kreislaufs wirkt, den Blutabfluss behindert, mithin eine Blutstauung zur Folge haben muss. Demnach kann Asthma entstehen, wenn entweder zu einer chronischen Bronchialschwellung eine Hyperaemie des kleinen Kreislaufes hinzutritt (bronchiales Asthma), oder wenn, wie beim cardialen Asthma, zu einer constanten Hyperaemie der Lungen sich eine Schwellung der Bronchialschleimhaut hinzugesellt. Letzteres Moment bestätigt sich auch durch die klinische Beobachtung: der chronisch

Herzkranke mit hyperaemischen Lungen, der Lungenschwellung und Lungenstarrheit, verfügt über eine verminderte Excursionsfähigkeit der Lunge mit verminderter 'Capacität, er leidet an cardialer Dyspnoe; tritt nun aus irgend einem Grunde ein Bronchialcatarrh dazu, so entsteht aus der cardialen Dyspnoe durch Hinzutreten der ersten Componente, das cardiale Asthma. Das Einfügen des cardialen Moments in die Pathogenese des Asthmaanfalles erklärt auch die Wirkung der erwähnten accidentellen Momente, speciell des Nervensystems. Wo solches in Frage kommt, scheint es hauptsächlich durch eine Herzalteration die Lungenhyperaemie zu bewirken. Der Einfluss nervöser psychischer Momente aufs Herz ist bekannt: — Herzklopfen, Arythmie, cardiale Dyspnoe, Ohnmacht — entstehen dadurch. Analog kann auch das Asthma bei jenem Knaben erklärt werden, das stets entstand, wenn er gescholten wurde. Ebenso erklärt sich auch die günstige Wirkung der Narcotica und des Jodkali auf das Asthma, indem dieselben auf das Gefässsystem des grossen Kreislaufes einwirken, die peripheren Gefässe erweitern und dadurch die Lungengefässe entlasten.

Discussion.

Herr Westphalen wendet sich zunächst gegen die Ausführungen des Vortragenden hinsichtlich dessen Auffassung der Pathogenese des bronchialen Asthma, da eine solche nicht alle Symptome, besonders nicht die eigenthümliche Beschaffenheit des Sputum während eines Asthmaanfalles erklärt. Eine Untersuchung zeigt, dass sich das asthmatische Sputum morphologisch und chemisch wesentlich von anderen Sputis unterscheidet. Namentlich durch das constante Auftreten Curschmannscher Spiralen, Charcot-Leyden'scher Krystalle und fast ausschliesslich eosinophiler Zellen Zwischen diesen und den Krystallen besteht aber augenscheinlich, worauf schon Leyden hingewiesen hat, eine innige Beziehung welche sich einerseits durch die chemische Beschaffenheit der Charcot'schen Krystalle, speciell ihre Affinität zum Eosin (Cohn), anderseits durch das constante Vorkommen der Krystalle, zusammen mit den eosinophilen Zellen kund giebt, so in Nasenpolypen, bei Helminthiasis im Darm, im normalen Knochenmark, im leukaemischen Blute etc. Da wir nun berechtigt sind aus dem Vorkommen der eosinophilen Granula auf eine Veränderung chemischer Vorgänge im Innern der Zellen zu schliessen, so dürfte auch dem Auftreten der Krystalle die gleiche Bedeutung beizumessen sein und berechtigt uns demnach das Vorhandensein — sowohl der eosinophilen Zellen, als auch Charcotscher Krystalle im Asthmasputum auf veränderte chemische Secretions-Vorgänge, vielleicht auf nervöser Basis, bei Asthma zu schliessen, die anderen Schleimhauterkrankungen fehlen. Natürlich erklärt eine solche Hypothese nur die Beschaffenheit des Sputum bei Asthma. Daneben spielen sicherlich noch andere Vorgänge mit, zunächst eine desquamative Affection der Bronchialwand, sowie muthmasslich, gleichfalls auf nervösem Boden ein Krampf der Bronchialmusculatur. Dass bei dem Bronchialasthma der Hauptsache nach nervöse Einflüsse eine Rolle spielen, ergiebt sich auch aus dem günstigen Einflusse der Narcotica und des Jodkali, auf den Asthmaanfall. Es ist sehr gut denkbar, dass der allgemein anerkannte Nutzen des letzteren Präparates auf eine Beeinflussung des Nervensystems sich zurückführen lässt. Wie bedeutend der Einfluss des Nervensystems ist auf das Zustandekommen eines Asthmaanfalles, erhellt schliesslich am Besten aus der Beobachtung solcher Fälle, bei denen ein Asthmaanfall durch gewisse Gerüche (Veilchenduft, Perubalsam etc.) hervorgerufen wird. Solche Personen sollen allein schon durch den Anblick der entsprechenden Blume, selbst wenn dieselbe nur aus Papier gefertigt ist, gefährdet werden.

Gegen die Ansicht, dass Bronchialasthma nur bei gleichzeitigem Mitwirken einer Lungenhyperaemie entstehen könne, muss noch darauf hingewiesen werden, dass dann nothwendigerweise jeder chronische Herzkranke mit Stauungslunge und — wegen der Verbindung der Lungengefässe mit dem Gefässsystem der Bronchien — auch mit chronischem Stauungscatarrh der Bronchien, an Bronchialasthma leiden müsste, sowie schliesslich, dass in Fällen einer Complication von chronischem Bronchialcatarrh und Lungenoedem — der denkbar stärksten Blutstauung im kleinen Kreislaufe — unbedingt die Erscheinungen des Asthma beobachtet werden müssten.

Herr Serck ist auch der Meinung, dass man an der nervösen Entstehung des Asthma bronchiale festhalten müsse. Gegen die Ansicht, dass das Asthma durch eine Exacerbation eines schon vorhandenen Bronchialcatarrhs entstehe, kann eingewandt werden, dass sich fast momentan während des Anfalles Pfeifen, Giemen und Rasseln über der Lunge hören lässt; gerade die Schnelligkeit der Entstehung dieser Phänomene spricht für das Asthma als Secretionsneurose. Im gleichen Sinne lassen sich auch die wunderbaren Heilungen des Asthma nach Galvanokaustik der Nase erklären. (Hack.)

Herr Masing steht unter dem Eindruck, dass von einer Hypersecretion der Bronchialschleimhaut bei Asthma nicht gut geredet werden darf, da im Asthmaanfalle keine Rasselgeräusche, sondern nur stenotisches Pfeifen gehört werde. Auf ihn mache der Anfall den Eindruck eines Bronchialkrampfes.

Gegen eine Lungenstarrheit spreche auch der Umstand, dass eine Lungenhyperaemie wohl hauptsächlich den Luftgehalt in den Alveolen vermindern müsste, auf die Bronchialschleimhaut kaum von Einfluss sein könne, da seines Wissens nach keine Communication der Lungengefässe mit den Bronchialgefässen existirt.

Herr de la Croix ist geneigt beim Bronchialasthma der nervösen Aetiologie beizupflichten, da sonst besonders bei Herzkranken mit Lungenhyperaemie häufiger Asthma beobachtet werden müsste.

Die Herren Lingen und Metzler haben Bronchialasthma namentlich bei Patienten mit chronischen Bronchialcatarrhen beobachtet und dementsprechend besonders Expectorantien bevorzugt.

Die Herren Higginbotham, Koch und Anders machen auf den Einfluss der Wohnung als ein aetiologisches Moment aufmerksam. Eine grosse Reihe von Asthmatikern erkrankt in einigen Wohnungen, in anderen nicht. Ganz besonders ungünstig seien in dieser Hinsicht Baulichkeiten aus Kalkstein.

Herr Moritz glaubt in seiner Erwiderung, dass die Hypothese einer nervösen Parasecretion beim Asthma die Dyspnoe ebenso wenig ausreichend erklären könne, wie die Vergrösserung des Binnenraums des Thorax; dazu bedürfe es eines mechanischen Momentes, nach ihm, der Lungenschwellung und Lungenstarrheit. — Die Heilungserfolge bei Asthma nach Galvanokaustik der Nase, dürften vom Gesichtspunkte der von ihm erwähnten accidentellen Momente aus betrachtet werden, welche mittelbar durch Beeinflussung der Herzthätigkeit oder der Bronchiolenschwellung in Function treten.

Director: Dr. C. von Lingen.
Secretär: Dr. H. Westphalen.

Vermischtes.

— Der bisherige Privatdocent und Prosector an der Kiewer Universität Dr. W. P. Kurtschinski ist zum ausserordentlichen Professor der Physiologie an der genannten Universität ernannt worden.

— Mit Prof. König wird auch der bisherige Privatdocent für Chirurgie zu Göttingen, Dr. O. Hildebrandt, früher Assistent Königs, nach Berlin übersiedeln, um dort die Leitung der neu zu begründenden chirurgischen Poliklinik an der Charité zu übernehmen. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Nikoladoni auf dem Lehrstuhl der Chirurgie in Insbruck, ist der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Wiener Universität, Dr. V. Ritter v. Hacker, ein ehemaliger Assistent Billroth's ernannt worden.

— An Stelle des nach Göttingen berufenen Chirurgen Prof. Braun hat die med. Facultät der Universität Königsberg primo loco Prof. Helferich (Greifswald), secundo loco Prof. Eiselsberg (Utrecht) und tertio loco Prof. Landerer (Stuttgart) in Vorschlag gebracht. (A. m. C.-Ztg.)

— Der Berliner Verein für innere Medicin hat auf Antrag seines Präsidenten Prof. Leyden, den preussischen Cultusminister Dr. Bosse, die Geheimräthe Althoff und Spinola (Director der Charité), sowie die beiden emeritirten klinischen Professoren Kussmaul und Henoch zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— An Professor Gad's Stelle, welcher bekanntlich Nachfolger des nach Leipzig berufenen Professors Hering auf dem Lehrstuhl der Physiologie an der deutschen Universität in Prag geworden, ist der durch seine Arbeiten auf dem Gebiete der Ernährungsphysiologie bekannte Privatdocent Dr. Imanuel Munk zum Vorsteher der speciell physiologischen Abtheilung des Berliner physiologischen Instituts ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 13. November zu Riga des Kreisarzt von Pilten (Kurland) Dr. Hugo Freiberg im 29. Lebensjahre. Der Heimgegangene hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten. 2) In Nowowes (Gouv. Siedlec) der dortige Arzt Paul Sdanowitsch im Alter von 52 Jahren. Der Verstorbene war in Strassburg geboren, hat aber seine Erziehung in Wilna und den Arztgrad an der Warschauer Universität im J. 1869 erlangt. 3) Am 17. November hierselbst der Arzt des Arresthauses (am Kosakenplatz) Peter Benewolenski. 4) In Moskau der frühere Polizeiarzt Dr. M. J. Giljarow im hohen Alter von 78 Jahren. Nach Absolvirung seiner Studien an der Moskauer Universität wurde G. im Jahre 1846 Polizeiarzt in Moskau, in welcher Stellung er bis zum Jahre 1882 verblieb, wo er wegen zunehmender Kränklichkeit seine praktische Thätigkeit ganz aufgeben musste.

— In Kasan hat neuerdings die Doctorin der Medicin der Berner Universität Bogoljubskaja nach überstandener Prüfung das Arztdiplom erlangt.

— Wir geben nachstehend die Resultate der Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades bei den medicinischen Regierungscommissionen im October dieses Jahres:

Bei der Moskauer Universität haben von den 181 Personen, welche sich der Prüfung unterzogen, 175 (96,6 pCt.) das Arztdiplom erhalten, darunter 29 mit Auszeichnung; in Kiew von 172 Examinanden sämmtliche, bis auf 3, welche wegen Krankheit die Examina nicht beendigen konnten. In Charkow haben von 126 Examinanden 116 (96,7 pCt.) die Prüfung bestanden. Von den 6 ausländischen Aerzten, welche sich in Charkow der Arztprüfung unterwarfen, hat nur 1 das Diplom erhalten. In Kasan ist sämmtlichen 70 Examinanden, darunter auch der obenerwähnten Aerztin Bogoljubskaja, die Arztwürde zuerkannt worden. Bei der militär-medicinischen Academie haben von den 13 Studenten, welche die Prüfungen noch nach dem alten Reglement ablegten, nur 10 (76,9 pCt.) das Arztdiplom erhalten, darunter 2 cum laude.

— Ende November dieses Jahres hat zum ersten Mal eine Frau, Frl. Eskolin, an der Helsingforser Universität (Finnland) ihre medicinische Doctordissertation vertheidigt. Ein weiblicher Arzt, Frl. Heikele, ist übrigens schon früher aus dieser Hochschule hervorgegangen.

— Für die Einrichtung der Kliniken an der Universität Kasan sind neuerdings von der Regierung 400,000 Rbl. angewiesen worden.

— Am 26. November d. J. begeht die St. Georgs-Gemeinschaft barmherziger Schwestern, welche hier bekanntlich ein Hospital mit 123 Betten und eine Ambulanz unterhält, das Fest ihres 25-jährigen Bestehens.

— Nach dem officiellen Bulletin des Medicinaldepartements weist die Choleraepidemie in Wolhynien in der letzten Zeit eine erfreuliche Abnahme auf; es sind dort vom 29. October bis 4. November 220 Neuerkrankungen und 110 Todesfälle an der Cholera vorgekommen. Im Gouvernement Kiew (Kreis Berditschew) wurden im genannten Zeitraume 72 Erkrankungen und 7 Todesfälle gemeldet. In St. Petersburg kommen die choleraartigen Erkrankungen noch immer in mässiger Zahl vor: vom 11.—18. November erkrankten 47 Personen und starben 14; nur in den ersten Tagen dieser Woche ist die Zahl der Neuerkrankungen auf 10 Personen täglich gestiegen. In viel schlimmerem Grade aber als die Cholera herrscht hier gegenwärtig Abdominaltyphus und die Febris recurrens. Schon seit zwei Wochen reichen die mehr als 2000 Betten, welche in den Civilhospitälern für Typhuskranke bestimmt sind, nicht mehr zur Unterbringung derselben hin. Die Stadtverwaltung hat daher ca. 300 chronische Kranke aus den städtischen Hospitälern in ein temporär zu diesem Zweck eingerichtetes, der Stadt gehöriges Haus überführen müssen, um Raum für die Typhuskranken zu schaffen. Ausserdem haben einige Militärhospitäler ihre freien Betten zeitweilig auch Civilkranken zur Verfügung gestellt.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. November d. J. 7513 (62 mehr als in d. Vorw.), darunter 1170 Typhus — (66 mehr), 773 Syphilis — (21 wenig.). 146 Scharlach — (1 mehr). 61 Diphtherie — (10 mehr), 70 Masern (10 mehr), und 25 Pockenkranke (12 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis 18. November 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
310	251	561	119	30	99	16	9	23	69	48	39	42	30	27	9	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 4, Masern 14, Scharlach 13, Diphtherie 13, Croup 4, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 5, Cholera nostras 15, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 66, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 13, Krankheiten der Verdauungsorgane 57, Todtgeborene 29.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 28. November 1895.

Tagesordnung: 1) Dr. Hagentorn: Demonstration eines Präparates des Circulationsapparates.

2) Dr. Hörschelmann: Ein Fall von Gehirnerkrankung bei einem Neugeborenen.

3) Dr. Wanach: Ueber Exstirpation des Schultergürtels, mit Krankenvorstellung.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasariuow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Mohl. В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб. 25 Ноября 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15,

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von Carl Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 48 St. Petersburg, 2. (14.) December **1895**

Inhalt: Dr. R. v. Engelhardt: Darmkatarrh und Darmneurose. — Referate: J. Schwarz (Konstantinopel): Neue Vorschläge zur Prophylaxis und Therapie der Diphtherie. — L. Heusner: Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis. — J. A. Wichers (Groningen): Dyspepsia nervosa. — Landström und Ekehorn: Fall of nedsnäljd magskölningsslang. (Eine verschluckte Magensonde). — Bücheranzeigen und Besprechungen: Karl Schaffer: Suggestion und Reflex. Eine kritisch-experimentelle Studie über die Reflexphänomene des Hypnotismus. — Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Darmkatarrh und Darmneurose.

Von

Dr. R. v. Engelhardt.

Vortrag, gehalten auf dem VII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden am 14. September 1895.

M. H.! Aerztliche Kunst und medicinische Wissenschaft werden heutzutage leider mit einem gewissen Recht als Gegensätze bezeichnet, und nach der Epoche der exact wissenschaftlichen Diagnostik scheint eine Zeit gekommen, die das empirische Können, die Therapie wieder in den Vordergrund stellt. Wir stehen augenblicklich unter dem Zeichen der specifischen Therapie, der Brücke, die vom Wissen zum Können führt.

Aber nicht nur die Heilmethode, auch die Erkenntniss des Krankheitsbildes befreit sich von der rein pathologisch-anatomischen Fessel. Der klinische Symptomencomplex erhält auch ohne einheitliche pathol.-anatomische Grundlage sein Recht als selbständige Krankheitsform. Nicht die objectiv darstellbare Erkrankung der Zelle steht im Vordergrunde, die Aetiologie rückt an deren Stelle und die unheilbringende Trias: Lues, Alkohol und Nikotin — drängt zu energischer Abwehr — zu Prophylaxe und Hygieine.

Wie überall vollzieht sich auch auf dem Gebiete der Verdauungskrankheiten ein ähnlicher Umschwung. Die chemisch-mikroskopische Aera ist zum Theil überwunden und die todten Retortenversuche werden nicht mehr der complicirten Psychophysik des menschlichen Organismus gleichgesetzt. Die Magenkrankheiten werden nicht mehr allein nach dem Salzsäuregehalt des Magensaftes rubricirt — der Motilität und Resorption wird die nöthige Aufmerksamkeit wieder zugewandt u. s. w.

Nur die Darmkrankheiten scheinen fast bei dem allgemeinen Fortschritt vergessen zu sein. Während der Magenkatarrh stark an Terrain eingebüsst hat, führt der Darmkatarrh noch immer eine weit verbreitete, zweifelhafte Existenz Ob nicht das Schicksal des Magenkatarrhs auch dem Darmkatarrh bevorsteht? — Diese Frage wird sich wohl Mancher vorgelegt haben und sie ist es, die ich heute unter dem Titel «Darmkatarrh und Darmneurose» meiner Besprechung zu Grunde lege.

Seit den bedeutsamen Untersuchungen Nothnagel's die soeben wiederum als selbständiges, abgerundetes Werk unter dem Titel «Die Erkrankungen des Darms und Peritoneums. I» mit manchen Aenderungen und Ergänzungen erschienen sind, ist auf diesem Gebiete verhältnissmässig wenig Neues gefunden worden. Es macht sich in Nothnagel's Besprechung des Darmkatarrhs das Bestreben geltend, die klinische Erkrankungsform mit dem pathologisch-anatomischen Befunde in Einklang zu bringen, doch hat der Verf. die Schwierigkeit dieser Forderung empfunden, denn in zwei gesonderten Kapiteln bespricht er sehr lehrreich und reichhaltig die rein klinischen Symptome Obstipation und Diarrhoe ohne Rücksicht auf die pathol. Anatomie. Bei der Bearbeitung des Darmkatarrhs hätte meines Erachtens auch das klinische Princip mehr vorwalten sollen.

Die klinische Erfahrung lehrt nun, dass der chronische Darmkatarrh je nach Intensität und Localisation die verschiedenartigsten Symptome hervorrufen kann. Obstipation und Diarrhoe beherrschen die Scene in wechselvollem Durcheinander und nur in den allgemeinsten Zügen ist es gelungen, diese bunten klinischen Bilder mit einem bestimmt lokalisirten pathol.-anatomischen Befunde in Einklang zu bringen. Der Versuch den Dünndarmkatarrh vom Dickdarmkatarrh zu trennen ist gemacht worden, und doch genügen noch längst nicht die differentiellen diagnostischen Merkmale. Umgekehrt treten uns nicht minder bei der Beurtheilung pathol.-anat. Befunde in Bezug auf ihre klinische Dignität grosse Schwierigkeiten entgegen, so z. B. die wichtige Unterscheidung zwischen Ueberbleibseln wiederholter acuter Katarrhe und den einem chronischen Katarrh zukommenden Veränderungen. In beiden Fällen muss das Schlussresultat eine Schleimhautatrophie sein, die Nothnagel in 80 % aller Obductionen überhaupt, wenigstens auf kurze Strecken des Darmes vertheilt, vorfand. Es

ist wahrscheinlich, dass 80 % aller Menschen einmal im Leben an einem acuten Darmkatarrh gelitten haben, aber dass die Folge eines einmaligen, uncomplicirten, acuten Katarrhs sofort Darmatrophie ist, scheint im höchsten Grade zweifelhaft. Es liegt vielmehr die Annahme näher, dass häufige subacute, und echte chronische Darmkatarrhe derartige Störungen hervorrufen. Nun ist die Zahl von 80 % mit dem klinischen Bilde des Darmkatarrhs verglichen, eine enorm hohe. Es muss daher angenommen werden, dass eine ganze Reihe lokalisirt verlaufender chronischer Processe sich klinisch garnicht bemerkbar macht und vollkommen latent verläuft. Das sind aber Störungen, die weder der Diagnose noch der Therapie zugänglich sind — also für uns in klinischem Sinne gleichgültig bleiben. Diese Incongruenz zwischen Obductionsbefund und Krankheitsbild, verweist uns direct auf die rein klinische Beobachtung.

Klinisch präcisirt nun Nothnagel das Bild des Katarrhs folgendermaassen: «Wo Schleim in den Stühlen sichtbar erscheint, besteht ein Darmkatarrh, jene pathologisch-histologische Alteration der Schleimhaut, die zur Bildung eines beweglichen Secretes führt, in welchem der Schleim eine hervorragende Stelle einnimmt — ganz ohne Rücksicht zunächst darauf, in welcher Partie des Darmcanals und von welchen Ursachen abhängig der Katarrh sich localisirt. Dieser Satz, dass jede erkennbare Schleimmenge auf eine katarrhalische Reizung hinweist, erfährt nur durch zwei Fälle eine Ausnahme. Der eine betrifft die höchst wahrscheinlich durch blosse nervöse Vorgänge bedingte Hypersecretion von Schleim, welche dem Krankheitsbilde der Colica mucosa s. Enteritis pseudomembranacea zu Grunde liegt. Der andere bezieht sich auf ein klinisches Bild, welches in dem Abschnitt über Darmdyspepsie erwähnt ist und einen Dünndarmkatarrh vortauscht, ohne dass jedoch ein solcher vorläge.» Nothnagel tritt in dem späteren Kapitel über Schleimkolik mit Entschiedenheit für die nervöse Natur dieses Leidens ein und acceptirt mit Vorsicht Leube's Ansicht, dass bei dieser Erkrankung eine Secretionsneurose mitspiele. Von der Schleimkolik trennt er dagegen die Enteritis membranacea ab und rechnet letztere zum chronischen Katarrh, der allerdings durch das specifische Auftreten besonders reichlicher Schleimmassen gekennzeichnet sei. Diesen Widerspruch zwischen allgemein gültiger Regel «wo Schleim im Stuhl erscheint, da liegt Katarrh vor» und den zwei oben citirten Ausnahmen (Colica mucosa und Darmdyspepsie) empfindet N. selbst, wenn er sagt, «Man hat mir um die katarrhalische Natur der Affection (Colica mucosa) darzuthun, entgegengehalten, dass ich selbst betont hatte, dass stärkere Schleimproduction auf die Gegenwart eines Katarrhs hinweise. Das ist richtig und dieser Satz muss im Wesentlichen auch aufrecht erhalten werden. Aber ich habe denselben zwei Jahre vor meinem Aufsatz über Colica mucosa ausgesprochen, und den Thatsachen entsprechend, muss man annehmen, dass in zwei Fällen vermehrter Schleimabgang, resp. Production auch ohne Katarrh ausnahmsweise vorkommen kann und der eine von ihnen ist eben die Colica mucosa». Hierin liegt ein nicht vereinbarer Widerspruch, der durch die zwei Jahre die dazwischen liegen nicht gemildert wird. Ausserdem stehen diese widersprechenden Angaben jetzt auch in N.'s obengenanntem Buch — nicht durch zwei Jahre getrennt — neben einander. Es bleibt unverständlich, warum in allen übrigen Fällen — mit Ausnahme der zwei genannten — der Schleimabgang das sichere Zeichen für Katarrh bleiben soll.

Von dem Satze ausgehend, dass es eine Schleimabsonderung der Darmschleimhaut giebt, die nervöser Natur ist, lassen sich diese nervösen Vorgänge in drei Kategorien bringen: 1) der nervöse Reiz kann centralen und 2) der nervöse Reiz kann peripheren Ursprungs sein und zwar a) der Reiz findet dort statt, wo die Secretion vor sich geht und b) der Reiz geht von anderen Organen aus und wirkt reflectorisch. Von diesem Gesichtspunkte aus lassen sich die verschiedenen Formen der nicht katarrhalischen Schleimentleerung am ehesten rubriciren. Typus für die erste Form wäre die Schleimkolik der Hysterischen; es handelt sich in diesen Fällen vielleicht um einen rein central ausgelösten Vorgang. Für die peripher im Darm selbst gesetzten Reize würde jene Obstipation heranzuziehen sein, die durch den localen Druck der eingedickten Scybala bei nervös sensiblen Personen vermehrte Schleimproduction, ja auch in Folge dessen schleimigen Durchfall hervorruft. Zur letzten Form endlich gehören die massenhaften Schleimstühle der an chronischen Erkrankungen der Genitalsphäre leidenden, nervösen Frauen, bei denen ebenfalls Obstipation und Durchfall abwechseln können. Nothnagel scheint nur den ersten Typus als rein nervösen anzuerkennen.

Wo liegt nun aber das entscheidende Merkmal, ob es sich um Schleim handelt, der von einer momentan erregten Schleimhautstelle abgesondert wird, d. h. der nervösen Schleimabsonderung, oder von einer bereits pathologisch dauernd veränderten d. h. der katarrhalischen?

Die chemische Untersuchung des Schleimes hat in Fällen rein nervöser Schleimkolik und in denen eines echten Darmkatarrhs keine wesentlichen Unterschiede ergeben. Die Hoffnung aus der stärkeren Beimengung von Mucin oder Fibrin irgend welche bindenden Schlüsse zu ziehen, hat sich als trügerisch erwiesen. Es handelt sich fast immer um Mucin. Vielleicht werden einmal Kossel's Untersuchungen über die verwandten Reactionen der Nucleoalbumine und gewisser Mucinarten nähere Aufschlüsse über dieses dunkle Gebiet geben — bisher ist noch nichts Sicheres bekannt geworden.

Die mikroskopische Prüfung der Schleimmengen ergab ebenfalls keine differentiell-diagnostisch verwerthbaren Anhaltspunkte. In beiden Fällen findet man mehr oder weniger zahlreiche, theils verschollte, theils wohlerhaltene Darmepithelien. Gerade dieser Befund legt uns doch die Vermuthung nahe, dass in vielen Fällen der Reiz der Scybala die gewebliche Veränderung der obersten Epithelialschicht event. sogar in rein physiologischem Sinne hervorruft, und dass die todten Zellleiber nur durch die vermehrte Schleimabsonderung an's Tageslicht gelangen, während sie sonst dem Verdauungsprocess im Dickdarm unterliegen. Das zahlreiche Vorkommen von Rundzellen soll für den katarrhalischen Ursprung des Schleimes sprechen. Es ist nun aber die Frage, was eigentlich Rundzellen sind! Nothnagel sagt: «die Entscheidung, ob Schleim- Eiter-, Lymphoid- weisse Blutzellen ist für die normalen Darmdejectionen irrelevant». Hieraus schliesse ich, dass auch N. die Rundzellen differenziren will, aber weiterhin ist davon nicht mehr die Rede. Ich habe Fälle beobachtet, in denen ich grössere Rundzellen fand und doch den Process für einen nervösen halten musste, was auch das Resultat der Behandlung bestätigte. Es kann sich wohl in diesen Fällen um «Schleimzellen» gehandelt haben.

Färbeversuche mit Ehrlich's Triacidlösung haben mir noch keine brauchbaren Resultate gegeben, nur das lernte ich daraus, dass Rundzelle und Rundzelle durchaus nicht gleicher Provenienz zu sein braucht. Also auch hier kein unterscheidendes Merkmal. Ebenso wenig haben bisher die bakteriologischen Untersuchungen brauchbare Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose geliefert. Die Artenzahl der Darmbakterien ist enorm gross und da kann es nicht Wunder nehmen, dass wir den specifischen Darmkatarrhbacillus noch nicht kennen und wohl auch nie kennen lernen werden, da die Auffassung wohl die

grösste Wahrscheinlichkeit für sich hat, dass nicht eine specielle Art, sondern die Zahl der Bakterien für das Zustandekommen des Darmkatarrhs verantwortlich gemacht werden muss.

Die mikroskopische oder chemische Beschaffenheit des Schleimes giebt uns also keine festen Anhaltspunkte, um die Frage zu entscheiden, ob ein Katarrh, oder eine Neurose vorliegt. Und das sind gerade die objectiven Kennzeichen, die doch die sichersten sein sollten! Da bleibt uns nichts übrig, als die klinische Empirie zu Hülfe zu ziehen. Bevor wir aber zur Prüfung des klinischen Gesammtbildes übergehen, gestatten Sie mir, Ihnen in Kürze einige Krankengeschichten mitzutheilen, die als Schemata für die weitere Besprechung dienen sollen.

I. Herr J. M. 17 a. n. leidet schon seit Jahren an Durchfällen, die besonders intensiv nach den Masern auftraten. Meist in der Nacht traten mit Schmerzen 5—6 Mal Durchfälle auf. Der Tag darauf war auch meist schlecht. Das Essen verursachte Schmerzen im Leibe. Dann trat wieder für einige Tage Verstopfung ein. Seit 2 Jahren ist der Durchfall fast täglich aufgetreten, nur von seltenen Pausen unterbrochen. Die Schmerzen in der Nacht vor dem Durchfalle steigern sich bis zu Uebelkeit und Erbrechen. Der Appetit ist schlecht. Der geringste Diätfehler rächt sich sofort. Das Körpergewicht hat abgenommen; Pat. sieht elend und blass aus. Die Stühle sind schleimig-breiig, auch ganz flüssig. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt Massen von verschollten Epithelien, keine Rundzellen, zusammenhängende Schleimhautfetzen, die ein echtes Oberflächenepithel zeigen. Die chemische Prüfung ergiebt die wichtige Anwesenheit von Mucin. — Die Untersuchung des Abdomens: Schmerzhaftigkeit des Colons bei Druck, besonders des Colon descendens. An der Aorta abdominalis keine Druckpunkte.

Bei vorsichtiger Amylaceendiät, Lavements und innerlich Kissingen-Rakoczy bessert sich allmählich der Zustand. Im Laufe eines Monats nahm Pat. 5 Pfund an Körpergewicht zu, wurde für den Sommer zur Cur nach Kissingen geschickt, wo sich Pat. noch weiter erholt haben soll. Die Diät blieb eine sehr beschränkte.

In diesem Fall handelte es sich um einen echten chronischen Darmkatarrh.

II. Frl. M. K. 17 a. n. Seit 7 Jahren leidet Pat. an Schmerzen und Durchfällen, die etwa 4—5 Mal täglich auftraten, dazwischen sogar 9 Mal im Laufe einer Stunde. Immer ist der Stuhl von Schmerzen begleitet, die den Charakter von Windkoliken tragen. Meist treten die Durchfälle Nachmittags auf, nie in der Nacht. Leichte Uebelkeit und Würgen tritt bei stärkeren Schmerzen auf. Der Appetit ist sehr gut; das Körpergewicht ist nicht gesunken. Sehr oft wird der Durchfall durch irgend eine Aufregung hervorgerufen. Häufig leidet Pat. an Kopfschmerzen, öftors an Herzklopfen. Leichte Ermüdung bei körperlicher Anstrengung. Die Diät soll von garkeinem Einfluss auf das Befinden sein. — Der Stuhl ist schleimig, enthält sehr viel Bacterien, keine Rundzellen, keine Epithelien. Bei der Untersuchung des Abdomens finden sich schmerzhafte Druckpunkte an der Aorta, aber auch das Colon ist leicht druckempfindlich.

Nach zweimonatlicher Behandlung, in der vor Allem ein gegen die Nervosität gerichtetes Regime eingehalten wurde, eine kräftige und vielseitige Diät gereicht wurde, dabei — um die Darmthätigkeit zu regeln — in der ersten Zeit täglich warme Kamillentheelavements applicirt wurden — besserte sich der Allgemeinzustand und damit verschwanden auch die Durchfälle, oder selten einmal traten dieselben noch morgens als einmalige, breiige Ausleerung auf.

Es handelte sich hier wohl nicht um chronischen Darmkatarrh, sondern um Darmneurose.

III. Frl. v. E. 50 a. n. leidet seit 5 Jahren an beständigem Wechsel von Durchfall und Obstipation. Strenge Diät wird beobachtet, die aber scheinbar ganz ohne Einfluss auf den Zustand bleibt. Mässiger Appetit. Starke Gasansammlung im Darm. Meist treten die Durchfälle morgens oder am Tage auf und zwar so, dass die erste Ausleerung fest und die folgenden 2—3 flüssig sind. Nach den Durchfällen besteht grosse Mattigkeit. Häufig Herzklopfen. Die diarrhoischen Stühle enthalten grössere Schleimfetzen, in denen man grosse Rundzellen, aber wenig verschollte Epithelien findet. Bei der Untersuchung der Pat. zeigt sich das Abdomen aufgetrieben und heftige Schmerzpunkte an der Aorta und beiden Iliacae. Dabei ist die Herzdämpfung wenig nach links erweitert. Die Herztöne rein, der erste an der Spitze gespalten. Die Radialarterie, ebenso die Temporalarterie geschlängelt, rigide. — Es wurde Anfangs Kissingen und Magnesia usta verordnet, dabei die bisherige vorsichtige Diät. Es trat keine Besserung ein. Hierauf jeden Morgen ein Lavement und eine gemischte, reichliche Kost. Nach dem Bericht der Pat. wird nun kräftiges Essen vertragen, es treten aber Durchfälle auf, sobald Pat. «zu wenig isst». Nach 1½ monatlicher Behandlung haben die Durchfälle aufgehört, im Uebrigen ist es mit dem Allgemeinzustand beim Alten geblieben.

Hier lag Arteriosclerose und Darmneurose vor.

M. H.! Ich will mich auf die drei, in Kürze skizzirten Krankengeschichten beschränken, da sie mir bloss als Beispiele einer ganzen Reihe ähnlich verlaufender Fälle dienen sollen. Sie werden wohl mit mir der Ansicht sein, dass es sich in diesen drei Fällen um sehr gewöhnliche Krankheitsbilder handelt, die noch vor Kurzem unter der Diagnose «Darmkatarrh» den strengsten diätetischen Kuren unterworfen worden wären. Es liegt mir nun daran, Ihnen an der Hand dieser Beispiele zu zeigen, wie doch scheinbar geringfügige klinische Abweichungen im Stande sind, uns darüber aufzuklären, ob wir es mit rein pathologisch-anatomischen Veränderungen, oder mit einer Functionsstörung des Darmes zu thun haben.

Wenn wir vergleichsweise das Körpergewicht und den Allgemeinzustand der drei Patienten betrachten, so ergiebt sich, dass nur der Patient, der an wirklichem Darmkatarrh leidet, abgemagert und blass aussieht. Im II. Fall hat Patientin Jahre lang an Durchfällen gelitten und doch ist das Körpergewicht unbeeinflusst geblieben. Als Regel ist festzuhalten, dass Durchfälle auf rein neurotischer Grundlage nur in seltenen Fällen zur Abnahme des Körpergewichts führen, dass aber der chronische Darmkatarrh meist wohl eine Abmagerung zur Folge hat. Ich kann daher Nothnagel's Ausspruch «der Allgemeinzustand kann bei chronischem Darmkatarrh ganz unbeeinträchtigt sein», nur als seltene Ausnahme acceptiren.

Wie verhält es sich nun mit den Stühlen? Sie sehen in allen drei Fällen Anwesenheit von Schleim, Epithelien und in Fall III grössere Rundzellen. Hier werden Sie keinen wesentlichen Unterschied auffinden. Eins ist aber auffallend: in Fall I finden die Durchfälle oft Nachts statt, während sie in den beiden anderen Fällen nur am Tage vorkommen und noch dazu in schneller Folge. Diesem Verhältniss begegnen wir öfter: der in der Nacht oder in den frühesten Morgenstunden, etwa von drei oder vier Uhr Morgens an auftretende Durchfall scheint mir für chronischen Darmkatarrh charakteristisch.

Der nervöse Durchfall dagegen stellt sich fast immer am Tage oder im Anschluss an eine Mahlzeit ein. Eine Erklärung für dieses Verhalten ist, falls die Beobachtung richtig wäre, schwer zu geben. Möglich wäre es aber, dass beim Nervösen der normale Defäcationsact einen derartigen Reiz auf das ganze, die Peristaltik besorgende Nervensystem ausübt, dass es in mehrfachen Entleerungen diesem Reiz gehorcht, während beim Darmkatarrh die maximale Füllung des Colon, die doch ungefähr 6—8 Stunden nach der letzten Tagesmahlzeit eintritt — also ungefähr um zwei oder drei Uhr Morgens, wenn um acht Uhr Abends gegessen wurde — den Reiz für die schnelle und diarrhoische Ausleerung abgiebt. Ein eigenthümliches Verhalten bieten nun jene Fälle, in denen es sich um den Wechsel zwischen Durchfall und Obstipation handelt. Die grossen Schleimmengen, die hier — wie im Fall III — entleert werden, scheinen für den chronischen Dickdarmkatarrh zu sprechen. Wahrscheinlicher ist es aber, dass bei rein nervöser Obstipation, die vielleicht zum Theil, wie bei Arteriosklerose, durch Circulationsstörungen im Darm bedingt ist, die träge festliegenden Scybala einen derartigen localen Reiz hervorrufen, dass die misshandelte Schleimhaut mit mächtiger Schleimproduction und vermehrter, krampfhafter Peristaltik auf diesen Reiz reagirt. Ist aber der Reiz vorüber, so sistirt der Durchfall, um wieder der Obstipation Platz zu machen und das Spiel beginnt von Neuem. Gerade bei älteren, arteriosklerotischen Patienten, habe ich dieses Bild öfters gesehen, kann mich aber nicht

dazu entschliessen, in solchen Fällen einen Darmkatarrh zu diagnosticiren. Es liegt für diese Erscheinung ein Analogon in den Anfällen von Herzschwäche solcher Patienten, die mit Ohnmacht, Schwindel und Erbrechen plötzlich schleimige Durchfälle bekommen, die dann wohl durchaus auf eine vasomotorische Störung zu beziehen sind, zumal, wenn Coffein schnell und sicher die Durchfälle sistirt. Das Bild solcher Durchfälle entspricht vielleicht noch mehr, als die Colica mucosa dem von Vanni für die letztere Krankheitsform vorgeschlagenen Namen: mioangio-nevrosi intestinale con ipersecrezione mucosa. Bei den oben geschilderten Anfällen Arteriosklerotischer sind es centrale Reize, während beim Wechsel von Obstipation und Durchfall der Reiz peripherer Natur ist. Ein anderes Moment deutet gleichfalls darauf hin, dass wir es nicht mit einer bleibenden anatomischen Veränderung zu thun haben und das ist der Einfluss der Diät. Wir können in diesen Fällen ruhig eine gemischte Kost geben mit besonderer Bevorzugung der Gemüse und leichter Kohlehydrate, die eine leicht anregende Wirkung auf die Darmperistaltik ausüben. Sofort sieht man bei blander Kost den Zustand schlimmer werden, wie jene Patientin das klar damit ausdrückte: «Wenn ich wenig esse, bekomme ich Durchfall». Wie anders dagegen beim chronischen Darmkatarrh! Hier sind die Patienten schliesslich auf ein kümmerliches Minimum beschränkt, das wohl auch mit zum Kräfteverfall beiträgt; aber der geringste Diätfehler rächt sich. Und das ist ebenso der Fall, wo sich der Darmkatarrh nicht nur im Durchfall, sondern im Wechsel von Durchfall und Obstipation äussert.

Einen recht brauchbaren Anhaltspunkt für die Diagnose «Darmneurose» geben ferner die sogenannten Burkhartschen Druckpunkte. Die ganze Aorta abdominalis, sowie die beiden Iliacae sind auf Druck empfindlich und zwar so typisch, dass man die Patienten in Erstaunen setzen kann, wenn man ihnen vorher bereits angeben kann, welche Punkte im Abdomen die empfindlichsten sind. Ich habe diese Druckpunkte beim Darmkatarrh nicht nervöser Personen nicht gefunden, oder sehr selten, dagegen sehr häufig eine Druckempfindlichkeit des ganzen Colon, besonders des descendens. Dass auch bei der rein nervösen Obstipation das gefüllte und gespannte Colon empfindlich sein kann, ist selbstverständlich, nur muss man bei Druck auf das Colon transversum darauf achten, dass nicht indirect die Aorta getroffen wird und von dieser der Schmerz ausgeht. Ob diese neurotischen Druckpunkte mit bestimmten sympathischen Nervengeflechten in Zusammenhang stehen, lässt sich mit Bestimmtheit noch nicht sagen; wahrscheinlich ist es. Jedenfalls kann die rechte Iliaca derart empfindlich sein, dass man unwillkürlich geneigt ist, an Typhlitis zu denken, wenn man nicht controllirt, ob die linke Iliaca nicht denselben Befund darbietet.

Als differentiell-diagnostische Merkmale stehen uns also folgende Momente zur Verfügung:

Chronischer Darmkatarrh.

Meist Abnahme des Körpergewichts; blasse Hautfarbe.

Wenn Durchfall besteht, tritt derselbe schon Nachts oder am frühen Morgen auf, ist unregelmässig über den ganzen Tag vertheilt.

Die Diät ist von ausgesprochenem Einfluss auf die Art der Stühle und das ganze Befinden.

Schmerzhaftigkeit des Colon bei Druck.

Darmneurose.

Keine Abmagerung; oft blühendes Aussehen, trotz jahrelanger Durchfälle.

Der Durchfall beginnt meist um die Stunde der normalen Defäcation, oder gleich nach dem Essen. Die Stühle folgen sich schnell und setzen dann längere Zeit aus.

Die Diät ist fast ohne Einfluss auf den Zustand, oder die Durchfälle sistiren erst bei gemischter Kost.

Druckpunkte an der Aorta und Iliacae.

Wenn ich hier in schematischer Weise die klinischen Merkmale einander gegenüber gestellt habe, die mir vorzugsweise für die Diagnose maassgebend zu sein scheinen — ohne selbstverständlich damit das diagnostische Material erschöpft zu haben — so will ich damit auch nicht sagen, dass es sich bei allen derartigen Darmstörungen um die Frage handelt: liegt hier ein Darmkatarrh vor, oder eine Darmneurose? — Es giebt unzählige Mischformen, in denen fraglos beide Momente eine Rolle spielen. Schon der grosse Einfluss, den die Psyche auf die Peristaltik ausübt, erinnert uns daran, dass sich überall da auch der nervöse Factor geltend machen wird, wo als Unterlage ein einfacher Darmkatarrh besteht. In den meisten Fällen wird es sich also darum handeln, ob das neurotische Moment vor dem pathologisch-anatomischen die erste Beachtung verdient, oder umgekehrt. Erst nach Abwägung sämmtlicher Factoren, wird es gelingen, eine präcise Diagnose zu stellen, die uns eine rationelle Therapie ermöglicht, deren Grundzüge ich hier nur flüchtig skizziren kann. Nirgends so sehr, wie auf dem Gebiete der Darmerkrankungen bringt das Schema und System in der Therapie Schaden, während wir nur vom sorgfältigsten Individualisiren Nutzen zu erwarten haben.

Wenn wir an die physiologische Aufgabe des Darmes und speciell des Dickdarmes denken, so müssen wir zugeben, dass die Darmschleimhaut wohl diejenige ist, die von allen Schleimhäuten den stärksten Insulten ausgesetzt ist. Die Breite, in der sich die physiologische Function abspielt, ist eine sehr beträchtliche; daher werden wir in der Therapie der Darmneurosen diesem Moment besonders Rechnung tragen müssen und das geschieht in der entsprechend durchgeführten Schonung und Uebung des Darmes. Ich meine damit, dass dem Darm zur Zeit der Defäcation wirklich Gelegenheit gegeben werden soll, Arbeit zu leisten und dazu brauchen wir beim nervösen Darm — ob Obstipation oder Durchfall die Scene beherrscht — eine gemischte Kost, die die Peristaltik anregt. Sehr gute Dienste leisten in dieser Hinsicht Traubenkuren, die auch in den Fällen anzuwenden sind, wo Verstopfung und Durchfall abwechseln. Neben der Diät, die also keine reizlose — wenn auch nicht eine leicht gährende — sein darf, lassen sich alle die Mittel empfehlen, die in mildester Weise den Darm wirklich entleeren, damit er nach der Defäcation auch wirklich Ruhe hat. Kissinger Racoczy in kleinen Portionen (150—200) etwa 4—5 Mal täglich, Magnesia usta, Leube's Pulver sind in solchen Fällen recht brauchbar. Am Anfang der Behandlung lasse ich gerne warme Kamillenthee-Lavements brauchen, die täglich präcise um dieselbe Stunde, womöglich um die Zeit der ersten Defäcation gemacht werden müssen. Man erreicht hiermit auch wieder eine Gewöhnung des Nervenapparates an gewisse Ruhepausen, die allerdings anfangs künstlich geschaffen werden müssen. Zugleich kommt natürlich die Gesammtbehandlung in Betracht, die mit der Hydro- und Elektrotherapie und der psychischen Behandlung in gewissen Fällen den ganzen Apparat in Bewegung setzen muss, der heutzutage gegen Hysterie und Neurasthenie in Anwendung kommt. Ja in schweren Fällen sah ich relativ gute Erfolge von der Anstaltsbehandlung. Immer noch wird der Fehler gemacht, solche Patienten zu Trinkkuren nach Deutschland zu schicken. Der Erfolg einer solchen Kur kann momentan ein befriedigender sein, aber auch nur dann, wenn der Pat. sich nicht curgemäss, sondern sehr kräftig nährte. Nach der Rückkehr des Patienten in die altgewohnten Verhältnisse stellt sich doch wieder der alte Zustand ein. Hier haben wir, wenn die Patienten durchaus reisen sollen, vorzugsweise von Luft- und Badekuren etwas zu erwarten, die nur in vorsichtigster

Weise mit dem mässigen Trinken eines Brunnens verbunden werden dürfen.

In vielen Fällen wird es uns so gelingen, eine Besserung zu erzielen, eine Heilung der Neurose ist selten, wir können nur symptomatisch behandeln, denn das Grundübel sitzt zu tief.

M. H.! Darmkatarrh und Darmneurose sind schon seit langer Zeit die Stiefkinder der medicinischen Forschung gewesen, anderen Fragen von einschneidender Bedeutung ist das ärztliche Interesse zugewandt — aber der Leidende fragt nicht, ob sein Leiden «ein interessanter Fall» sei — er will gesund werden!

Dazu müssen wir ihm verhelfen und wenn die präcisere Diagnose auch in diesen alltäglichen Störungen des Lebens uns eine erfolgreiche Therapie gewährleistet, so haben wir uns damit wiederum dem Ziele um einen Schritt genähert — dem Ziele, welchem wir alle zustreben — wirkliche ärztliche Kunst zu üben.

Referate.

J. Schwarz (Konstantinopel). Neue Vorschläge zur Prophylaxis und Therapie der Diphterie. (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 43. 1895.)

Verfasser empfiehlt auf Grund langjähriger Erfahrung bei Diphterie Einblasungen von Sozojodolpräparaten in den Rachen. Er benutzt folgende Receptformel:

Natron sozojodolic 9,0
Sacharin 1,0.
M. f. pulv.

Davon wird 4-stündlich eine kleine Menge in den Rachen durch ein zusammengedrehtes Papierrohr, das nach dem Gebrauch verbrannt wird, hineingeblasen.

Der Vorzug dieser Behandlung vor den Pinselungen besteht darin, dass dabei jedenfalls mechanische Verletzungen des Rachens vermieden werden.

Innerlich verordnet Verfasser zugleich eine 1/2 pCt. bis 3/4 pCt. Lösung von Kali chloric oder Extr. nuc. vomic.

Bei kleinen Kindern unter zwei Jahren wird die Wirksamkeit des Pulvers gemildert durch Zusatz von flor. sulfuris.

Rp: Natr. sozojodolic. 3,0.
Flor. sulf. 6,0.
Sacharin 1,0.
M. f. pulv.

Experimentell ist die deletäre Wirkung der Sozojodolsäure und ihrer Salze auf den Löffler'schen Diphteriebacillus nachgewiesen. Sozojodol-Quecksilber tödtet dieselben in einer Verdünnung von 1:10,000. Schwächer, aber auch noch sicher wirkt das Sozojodol-Natrium.

Ein Vorzug des Mittels besteht darin, dass es neben den Diphteriebacillen auch alle etwaigen begleitenden Strepto- und Staphylococcen abzutödten im Stande ist.

Angesichts der Masse von Mitteln, die zur Behandlung der Diphterie vorgeschlagen worden sind, kann man nur mit Misstrauen an die Prüfung neuer Medicamente bei dieser Krankheit herantreten. Da es sich aber um eine leicht ausführbare und jedenfalls ganz ungefährliche Methode handelt, so dürfte es wohl gerathen sein, sie in grossen Kinderhospitälern systematisch zu versuchen.

Natürlich steht dieselbe der gleichzeitigen Anwendung des Diphterieheilserum durchaus nicht im Wege. D—o.

L. Heusner. Beitrag zur Behandlung der Hyperhidrosis. (Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 44. 1895.)

Gegen die Hyperhidrosis sind viele Heilmittel empfohlen worden, doch meistens war man genöthigt bei ihrer Anwendung sie theils für werthlos zu erklären, theils konnten sie aus verschiedenen Gründen nicht gebraucht werden. Letzteres gilt namentlich von den inneren Mitteln, die bei Behandlung profuser Schweisse der Phtisiker in Frage kommen, zumal die Verdauungsorgane Schwindsüchtiger schon an sich geschwächt sind und durch anderweitige Medicationen viel in Anspruch genommen werden. Es macht sich mithin das Bedürfniss fühlbar durch äussere Mittel allgemeine Hyperhidrosis zu beeinflussen und damit einen Ersatz für die inneren Medicamente zu schaffen. Die Schweissproduction ist ja bekanntlich ein nervöser Vorgang und könnte durch äussere Applicationen reflectorisch behandelt werden. Es sind nun auch zahlreiche äusserliche Mittel empfohlen worden, doch sind sie alle bis auf den Weinsäurelösung-Spray Meissen's, der leider wenig Beachtung gefunden, locale Antihydrotica. Verf. bespricht nun genauer diese Mittel, der Uebersicht wegen dieselben eintheilend in Gruppen, in solche die mechanisch wirken, solche die vorwiegend Desinfections- und Desodorationsmittel sind. in anorganische und organische Säuren, in Chloral und gechlorte Aether.

Nachdem nun Verf. sie in Bezug auf ihren Werth betrachtet hat, nennt er das von ihm mit Erfolg benutzte Mittel, welches in einer Auflösung von Perubalsam 1 pCt., Acidum formicicum 5 pCt. und Chloralhydrat 5 pCt. in Alkohol besteht — und bei örtlichen Schweissen mittelst befeuchteten Wattenbausches, bei allgemeiner Hyperhidrosis mittelst eines Zerstäubers angewandt wird. Bei hartnäckigen localen Schweissen verdoppelt unter Umständen Verf. den Gehalt der einzelnen Bestandtheile, oder aber fügt er noch 1 pCt. Trichloressigsäure hinzu, wodurch noch eine stärkere Wirkung erzielt wird. Die Trichloressigsäure nämlich, welche bei Zersetzung des Chloralhydrats neben Salzsäure entsteht, wird durch die Einwirkung ätzender oder kohlensaurer Alkalien in Chloroform und Ameisensäure weiter gespalten, die ihrerseits schweisshemmende Eigenschaften besitzen soll. Bei Berührung mit dem warmen Fusschweiss, in dessen Absonderung sowohl freies Ammoniak als auch leichtveränderliche Fettsäuren enthalten sind, kommt eine derartige Zersetzung leicht zu Stande. Auf solche Weise wirken nun schweisshemmend drei Bestandtheile der vom Verf. empfohlenen Lösung. Die Ameisensäure besitzt nun ausser dieser schweissbeschränkenden Wirkung bedeutende antiseptische Eigenschaften. Unverdünnt ist sie eine dem Catharidin in der Wirkung ähnliche scharfe Substanz, in oben empfohlener Verdünnung jedoch ist sie ganz ungefährlich, verursacht nur ein vorübergehendes leichtes Brennen auf zarten Hautstellen. Die Trichloressigsäure ist ausser aus dem oben erwähnten Grunde auch daher ein vorzügliches Mittel hinsichtlich der Schweissbeschränkung, dass sie nämlich sich mit Alkohol zu einem Aethylaether von hervorragender Wirksamkeit verbindet. Nach Verf.'s Ansicht wäre eine 1—2procentige Lösung der Trichloressigsäure vortrefflich zum Gebrauche gegen die Fussschweisse bei der Armee. Die Farben der Kleidungsstücke werden durch sie etwas angegriffen.

Verf. betont, dass man bei Anwendung schweisshemmender Mittel in der Regel die Ursache der Hypersecretion weder durch innere noch durch äussere Mittel beseitigen kann und daher eine definitive Heilung nicht erwartet werden darf; während der Dauer des Grundübels sind stets wiederholte Applicationen, wenn auch weniger häufig, nöthig. Es ist nun Verf. fast immer gelungen bei den allgemeinen Schweissen der Phtisiker und anderer Kranker durch täglich 1—2 Mal wiederholtes Bestäuben das Uebermaass der Secretion zu hemmen und zwar schon durch die schwache Lösung von Ameisensäure 5 pCt. und Perubalsam 1 pCt. Zuweilen genügte es auch bei localer Hyperhidrosis. In den meisten Fällen musste doch noch Chloral hinzugenommen werden, und falls das nicht genügt, wird noch Trichloressigsäure hinzugesetzt. Verf. kommt nun zu folgendem Schluss auf Grund seiner gewonnenen Erfahrungen, dass sein Mittel für allgemeine Schweisse fast immer und in der verstärkten Form auch bei localen Schweissen gewöhnlich zur Beseitigung resp. Besserung genügt.

Hecker.

J. A. Wichers (Groningen): Dyspepsia nervosa. Medisch Weekblad voor Nord. en Zuid-Nederland 1895 № 21.

Die Beschwerden sind in manchen Fällen stärker bei nüchternem Magen, in manchen nach dem Essen. Vorzüglich im ersteren Falle räth Verf. den Genuss von heissem oder recht warmem Wasser, das schon von Fleiner (und vom alten Leipziger Bock im Buch vom gesunden und kranken Menschen gegen «Magenkatarrh» Red.) empfohlen worden. Es werden dadurch namentlich die schmerzhaften Empfindungen zeitweise gehoben. Gegen die nächtliche Gastralgie erweise sich häufig ein beständiger Druck wirksam, den man dadurch bewirkt, dass man sich auf den Magen und ein oder zwei Kopfkissen unter den Magen legt. Als sehr wirksam gegen die Grundlage der nervösen Dyspepsie, die Neurasthenie, rühmt Verf. die Zandersche Heilgymnastik.

Buch (Willmanstrand.)

Landström und Ekehorn: Fall of nedsnäljd magskölningsslang. (Eine verschluckte Magensonde.) (Hygiea 1895 № 2).

Eine Frau von 33 Jahren wurde ohnmächtig, während sie sich den Magen ausspülte. Dabei brach ein Stück der Sonde ab und wurde hinuntergeschluckt. Dasselbe wurde nach 7 Tagen durch Laparotomie aus dem Colon ascendens entfernt. Patientin genas. Die ersten 3 Tage nach dem Verschlucken der Sonde bestand heftiges Erbrechen und nehmen Verff. an, dass während dieser Zeit die Sonde im Magen verweilte. Die letzten 4 Tage bestanden lebhafte kolikartige Schmerzen, die kurz vor der Operation plötzlich bedeutend gemildert wurden (Passiren durch die Valvula Bauhini?) Das Sondenstück war 48 Centim. lang und 11 Mm. dick und ungewöhnlich fest und

unbiegsam; es befand sich im Colon geknickt und zusammengebogen und behielt diese Lage auch nach der Herausbeförderung bei. (Im ersten Leubeschen Fall von verschluckter Magensonde wurde diese nach 6 Wochen während welcher heftiges Erbrechen bestand, ausgebrochen. Ref.)

Buch-Finnland.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Karl Schaffer: Suggestion und Reflex. Eine kritisch-experimentelle Studie über die Reflexphänomene des Hypnotismus. Mit 6 Tafeln in Lichtdruck und 11 Abbildungen im Texte. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1895. 113 pag.

Die an zwei hysterischen Patientinnen gewonnenen Erfahrungen geben Schaffer Veranlassung seinen eigenen Standpunkt in der grossen Streitfrage, ob der Hypnotismus ein physisch oder psychisch bedingter Vorgang sei, zu kennzeichnen und zugleich zu beweisen, dass die schroff einander gegenüberstehenden Schulen Charcot's und Bernheim's im Grunde beide Recht habenund sehr wohl sich einigen können. Nach seiner Ueberzeugung bestehen ausser den durch die Suggestibilität bedingten Erscheinungen des Hypnotismus auch die zweifellosen somatischen Phänomene der senso- und neuromusculären Uebererregbarkeit, deren Realität einwandsfrei darzulegen Hauptzweck der Arbeit war.

Aus den Versuchsreihen ergiebt sich einerseits, dass die intrahypnotischen Contracturen nicht Suggestionsproducte, sondern physiologische Reflexphänomene, und zwar corticale Reflexe, sind, andrerseits, dass die Suggestion ebenfalls nichts als einen psychischen, corticalen Reflex darstellt. Das Charakteristicum der Hypnose sieht Schaffer in den Veränderungen der Associationen, so zwar, dass jede Handlung des Hypnotisirten die unmittelbare Folge einer Einwirkung ist ohne Dazwischenkunft irgendwelcher controllirender Associationen, dass Einwirkung und Handlung in directer engster (primärer) Association erscheinen. Solche Associationen aber tragen den Stempel eines Reflexes im weitesten Sinne dieses Begriffes an sich. Somit sind die somatischen und psychischen Erscheinungen der Hypnose als Reflexe der Hirnrinde aufzufassen und die Hypnose als jener Zustand der Hirnrinde zu deuten, welcher durch die ungehinderte Entwickelung der directen, primären Associationen charakterisirt ist. Wie dieser Zustand erzeugt wird, bleibt vorläufig eine offene Frage, doch kann ein Wegfall hemmender Einflüsse angenommen werden, sodass in der Hypnose die centrale Innervation, die Erregungen leichteren Ablauf finden. Die Suggestion ist nicht das Cardinalsymptom der Hypnose, sondern eine Offenbarung der Associationsveränderung auf psychischem Gebiete, wie es die sensorielle Hyperexcitabilität auf somatischem Gebiete ist.

Auf das Wesen und verschiedene Erscheinungen der Hysterie fallen im Verlaufe der Erörterungen interessante Streiflichter.

Michelson.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden.

14.—16. September 1895.

Erste Sitzung

Donnerstag den 14. September 1895. 9 Uhr Morgens.

1. Der örtliche Kreisarzt Herr Dr. P. Gähtgens eröffnet statutenmässig den Aerztetag und bewillkommnet die Anwesenden im Namen des Stadthauptes von Wenden und der Wendenschen Aerzte.

2. Dr. E. Kiwull giebt als Cassaführer der Gesellschaft livländischer Aerzte seinen Kassenbericht für die Zeit vom 5. September 1894 bis zum 14. September 1895: der augenblickliche Baarbehalt der Kasse beläuft sich auf 110 Rbl. 53 Cop. Der Rechenschaftsbericht wird angenommen.

3. Zum Orte des nächsten Aerztetages wird Wenden bestimmt. Die Termine sollen nach Beschluss der Versammlung auf Ende August und Anfang September fallen; die definitive Festsetzung derselben wird dem Vorstande überlassen.

4. Es wird zu den statutenmässigen Wahlen geschritten: Zum Präses wird Dr. H. Truhart, zum Secretair Dr. E. Sokolowski-Alexandershöhe und zum Cassaführer Dr. E. Kiwull-Wenden wiedergewählt.

5. Der Präses Dr. Truhart dankt für das ihm in der Wiederwahl bewiesene Vertrauen und schlägt behufs Vertretung des Sekretariates in der Universitätsstadt die Wahl des Dr. Ch. Ströhmberg zum Sekretairsgehilfen vor. Dr. Ströhmberg wird einstimmig gewählt.

6. Prof. K. Dehio giebt folgendes **Referat über die Wirksamkeit und den Bestand der «Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra»** im verflossenen Jahre:

Da das laufende Rechnungsjahr noch nicht abgeschlossen vorliegt, so kann ich in Bezug auf die financielle Lage unserer Gesellschaft nur über das Jahr 1894 berichten. Daran anknüpfend werde ich dann auch die wichtigsten Thatsachen aus dem Leben der Gesellschaft, welche in's Jahr 1895 fallen, referiren.

Unsere Gesellschaft begann das Jahr 1894 mit einem Baar-Vermögen von 17,000 Rubeln in Werthpapieren und 2209 Rbl. 38 Kop. in baarem Gelde. Hierzu kamen im Laufe des Jahres Baar-Einnahmen im Betrage von 13,994 Rbl. 51 Kop. welche sich folgendermaassen zusammensetzten:

Zinsen vom Kapital	1055	Rbl.	90	Kop.
Mitgliedsbeiträge	2601	»	—	»
Subsidie der livländischen Ritterschaft	2000	»	—	»
Subsidie der estländischen Ritterschaft	1000	»	—	»
Krankengelder	2997	»	24	»
Einmalige Schenkungen	4340	»	37	»
	13 994	Rbl.	51	Kop.

Wie Sie sehen, sind nächst den einmaligen Darbringungen die jährlichen Unterstützungen der livländischen und estländischen Ritterschaft unserer Gesellschaft besonders werthvoll, denn sie sichern als regelmässige Einnahmen vor Allem den Betrieb unserer Leprosorien. Die übrigen Einnahmen setzen sich aus den Zinsen unseres Kapitals, den Krankengeldern (bekanntlich leisten die Bauergemeinden für ihre Leprakranken, welche in unseren Leprosorien verpflegt werden, eine monatliche Zahlung von 5 Rubeln pro Kranken) sowie den Mitglieds-Beiträgen zusammen. Die Zahl der Mitglieder unserer Gesellschaft betrug am 1. Januar 1895 710.

Den Einnahmen stehen nun nicht unbedeutende Ausgaben gegenüber, die in erster Linie durch den Unterhalt der Leprosorien von Muhli und Nennal und die Verpflegung der in denselben lebenden Kranken verursacht worden sind.

Der Betrieb des Leprosoriums Muhli hat im Jahre 1894 2825 Rbl. 55 Kop. beansprucht, der des Leprosoriums Nennal 6587 Rbl. 72 Kop. — Hierzu kommen noch 237 Rbl. 55 Kop. für einen in Muhli nothwendig gewordenen Umbau der Badestube und der Waschküche sowie 518 Rbl 75 Kop. als Restzahlung für den Erweiterungsbau in Nennal vom Jahre 1893. — Nicht unerwähnt bleibe, dass unsere Gesellschaft es für ihre Pflicht gehalten hat, zwei junge Mediciner, welche die Verbreitung der Lepra auf der Insel Oesel und im Saara'schen Kirchspiel zu wissenschaftlich practischen Zwecken im Laufe des letzten Sommer's an Ort und Stelle untersucht haben, mit je 100 Rbl. zu unterstützen. Auf das Ergebniss dieser Forschungen kommen wir noch zu sprechen. Die Correspondenz, Fahrten nach Nennal, Remuneration der Seelsorger und die sonstigen Betriebskosten haben 334 Rbl. 1 Kop. verzehrt, so dass auch in diesem Jahr noch ein Rest der Einnahmen übrig geblieben ist, der in zinstragenden Papieren angelegt wurde. Das Baarvermögen unserer Gesellschaft bestand somit zum 1. Januar 1895 aus: 20,500 Rbl. in Werthpapieren und 2050 Rbl 16 Kop. in baarem Gelde.

Wenngleich dieser Cassenabschluss nicht so günstig ist, wie der des vorigen Jahres, so hat er doch einen Kapitalzuwachs ergeben, den wir im Jahre 1895 sehr nöthig haben, wie sich sogleich zeigen wird.

Die Generalversammlung beauftragte nämlich den Verwaltungsrath, nunmehr, nachdem alle gesetzlichen Vorbedingungen erfüllt sind, das Leprosorium Muhli käuflich für unsere Gesellschaft zu erwerben. Bisher haben wir dasselbe nur miethweise benutzen können. Die Kaufsumme beträgt 4000 Rbl. und wird in der allernächsten Zeit zur Auszahlung kommen.

Ferner hat unsere Gesellschaft den Beschluss gefasst in der Nähe von Wenden ein Leprosorium, zunächst von 40 Betten für lettische Lepröse zu erbauen und das dazu nöthige Grundstück zu kaufen. Der Bau ist im Frühling dieses Jahres in Angriff genommen worden und schon stehen die steinernen Mauern unter Dach und Fach. Durch die hierdurch verursachten Kosten, sowie durch den Ankauf von Muhli wird das Kapital unserer Gesellschaft zum grössten Theil verbraucht werden. Wenn wir dann nach Vollendung des Baues über 140 Betten zur Verpflegung Aussätziger verfügen werden, so erhebt sich die Frage, woher nun die Mittel zur Erhaltung aller dieser Kranken beschafft werden sollen. Die Zinsen vom Rest unseres Kapitales reichen jedenfalls hierzu nicht aus und auch die jährlichen Zahlungen der Mitglieder sowie die etwa zu erwartenden freiwilligen Beiträge, einschliesslich der ritterschaftlichen Subsidien dürften kaum genügen um die Verpflegung von 140 Leprösen zu decken.

Unsere Gesellschaft hat deshalb die nöthigen Schritte gethan um die Bekämpfung der Lepra in Livland auf eine gesicherte Basis zu stellen. Wenn die Zahl der Leprösen in einer einzelnen Bauergemeinde mehr als 2 oder 3 beträgt, so überschreitet es die financiellen Kräfte der Gemeinde, die Kosten

der Verpflegung der Kranken zu bestreiten. Es ist daher wohl unumgänglich nöthig, dass die Verpflegung der Leprösen aus der Kasse der Landesprästanden bestritten wird; nur so kann diese Last von den einzelnen Bauergemeinden abgewälzt und in gerechter Weise auf die ganze Provinz übertragen werden. Die dahin gehenden Wünsche und Vorschläge unserer Gesellschaft haben sowohl beim livländischen Landrathscollegium als auch beim Herrn Gouverneur das freundlichste Entgegenkommen gefunden und so hoffen wir, dass die Sache der Bekämpfung der Lepra in Livland, welche sich bisher lediglich auf die private Initiative unserer Gesellschaft stützte, demnächst zu einer allgemeinen Landesangelegenheit werden wird. Nur wenn die Verpflegung der Leprösen für den einzelnen Kranken und für die betreffenden Bauergemeinden mit keinerlei directen Kosten verbunden ist, lässt sich erwarten, dass eine so grosse Anzahl von Aussätzigen sich in die Leprosorien begeben wird, wie das zu einer erfolgreichen Eindämmung der Seuche unbedingt nöthig ist. Fürs Erste hat uns die Munificenz der livländischen Ritterschaft die Summe von 3000 Rubeln zur Verfügung gestellt, um dadurch die bisher von den Bauergemeinden geleisteten Zahlungen abzulösen.

Was nun die Zahl der von uns verpflegten Kranken betrifft, so wurden nach Muhli und Nennal zusammen im Jahre 1894 neu aufgenommen 45 Kranke. Es starben 10 und wurden entlassen 22, sodass sich zum 1. Januar 1895 73 Aussätzige in unserer Pflege befanden, von denen 54 aus Livland, 14 aus Estland und 5 aus anderen russischen Gouvernements stammen.

Unsere Gesellschaft hat aus allen Kreisen Livlands Kranke aufgenommen und obgleich sich aus der Zahl derselben keine genaueren Schlüsse auf die Verbreitung der Seuche in den einzelnen Bezirken des Landes ziehen lassen, so zeigt sich doch, dass kein Kreis des Landes völlig leprafrei ist und dass die Seuche wenigstens sproradisch überall vorkommt.

Es ist Ihnen bekannt, dass der Aussatz in manchen Gegenden Livlands ganz besonders häufig ist und gleichsam Nester bildet, welche als Ansteckungsherde gefährlich sind. Auf Kosten unserer Gesellschaft haben nun die Herren Lohk und Allik im Lauf der beiden letzten Sommer einzelne dieser Krankheitsherde genauer untersucht und dabei festgestellt, dass die räumliche Ausdehnung derselben keine grosse ist, dass aber die einzelnen Fälle in der Regel recht dicht zusammengehäuft sind. So hat Lohk auf der Insel Oesel gefunden, dass daselbst die Lepra sich auf die Halbinsel Schworbe und den angrenzenden Theil des Kielkond'schen Kirchspiels beschränkt, während die 10 übrigen Kirchspiele der Insel, abgesehen von 2—3 sproradischen Fällen, völlig leprafrei sind. Im Ganzen hat er 50 noch lebende Fälle von Lepra aufgefunden, von denen sich 22 gegenwärtig im Leprosorium Nennal befinden. Herr Allik hat das Saara'sche Kirchspiel und die umliegenden Gemeinden durchsucht und folgendes constatirt: im ganzen Kirchspiel finden sich 52 Lepröse von denen 22 auf die Tegnitz'sche, 10 auf die Pattenhof'sche, 9 auf die Saarahof'sche, 5 auf die Kurkund'sche, 5 auf die Laiksaar'sche und einer auf die Freihof'sche Gemeinde entfallen. Im benachbarten Gutmannsbach'schen Kirchspiel giebt es nur einen Leprösen, im benachbarten Köppo'schen Kirchspiel nur 2, im benachbarten Halmst'schen Kirchspiel dagegen ist die Lepra wieder ziemlich häufig, doch fehlen darüber noch nähere Daten. Diese enge Umgrenzung der einzelnen Lepraherde hängt offenbar mit den beschränkten Verkehrsverhältnissen der Bevölkerung zusammen. Während Hellat auf Oesel vor 7 Jahren nur 25 Lepröse auffinden konnte, hat Lohk daselbst die doppelte Zahl constatirt und während nach Hellat im Jahre 1878 im Saara'schen Kirchspiel 35 Lepröse vorhanden waren, hat Allik daselbst 52 gefunden. Dasselbe betrübende Resultat wiederholt sich im Tarwast'schen Kirchspiel wo Hellat 24 Lepröse zählte und jetzt nach den Untersuchungen von Lohk und Dr. Pallop allein im Gebiet der Tarwast'schen Bauergemeinde wenigstens 50 Lepröse vorhanden sind. In allen neuerdings wieder untersuchten Leprabezirken hat sich die Krankenzahl ungefähr verdoppelt, und und wenn wir auch zugeben wollen, dass einige Kranke Hellat entgangen sind, so lässt sich doch unmöglich annehmen, dass er die Hälfte aller damals vorhandener Leprösen übersehen haben sollte. Es geht also aus alledem der betrübende Schluss hervor, dass die Lepra in unserem Lande jedenfalls in der Zunahme begriffen ist und es ist das Verdienst der genannten Herrn hierfür zuerst den zahlenmässigen Beweis erbracht zu haben.

Gewiss würden auch genauere Nachforschungen auch in anderen Gegenden Livlands einen ähnlichen Nothstand ergeben. Für die Stadt Dorpat, von welcher früher angenommen wurde, dass sich in ihr keine Leprösen ausser den in den Kliniken behandelten befinden, haben die Nachforschungen des Dr. Koppel erwiesen, dass in derselben wenigstens 18 Aussätzige wohnhaft sind. Die angeführten Thatsachen genügen, um die Nothwendigkeit einer energisch fortgesetzten Bekämpfung der Seuche zu beweisen.

7. Dr. Meyer-Popen entwirft ein Pendantbild zu dem Referate des Herren Prof. Dehio und schildert in Kurzem die Ausbreitungsverhältnisse der **Lepra in Kurland**: Daselbst sei die Lepra gleichfalls in Inselform verbreitet. Das kurländische Oberland sei frei, der Norden dagegen durchseucht und zwar könne man eine Zunahme der Krankheitsfälle etwa um das doppelte constatiren seit den Untersuchungen des Dr. Hellat.

8. Dr. P. Bergengrün hält seinen angekündigten Vortrag: «**Topographisches über den Bacillus Leprae**» und demonstrirt diesbezügliche mikroskopische Präparate. («St. Petersburg. med. Wochenschr.» № 47).

Discussion.

a) Prof. Dr. K. Dehio fragt ob Redner Serienschnitte aus seinen Schleimhautpräparaten hergestellt? Solche würden die Frage, wie die bacillären Globi zu deuten sind, — in unwiderleglicher Weise entscheiden können.

b) Dr. P. Bergengrün hält die grosse Anzahl der hier ausliegenden, von ihm angefertigten Präparate für genügend beweiskräftig. Ueberzeugend könne freilich nur die genaue Betrachtung der Präparate wirken, nicht aber die blosse Beschreibung derselben. Im Uebrigen habe Redner die Absicht, auch noch Serienschnitte anzufertigen.

c) Dr. C. E. Russow fragt, ob am leprösen Kehlkopfe makroskopisch ein Oedem nachzuweisen sei, da solches als Hilfsbeweis für die vom Redner vertretene Auffassung über die Ansiedelung des Leprabacillus in den Lymphräumen, dienen könnte.

d) Dr. P. Bergengrün: Kehlkopfödeme sind bei der Lepra nachzuweisen, doch ist das lepröse Oedem härter als dasjenige anderer Provenienz; es ist nicht das weiche, glasige Oedem wie etwa bei der Tuberculose. Redner spricht sich dahin aus, dass die merkwürdige Formentwickelung bei Lepra der Schleimhäute ausschliesslich auf bacilläre Thrombosirung zurückzuführen sei.

9. Dr. O. Petersen ist am Besuche des Aerztetages verhindert und muss daher sein angekündigter Vortrag: «Ueber die Thätigkeit des St. Petersburger ärztlichen Vereins zur gegenseitigen Hülfeleistung während der Zeit der ersten 4 Jahre seines Bestehens» — fortfallen.

10. Dr. S. Sadikoff-Talsen verliest die von ihm abgefassten und von der auf dem VI. livländischen Aerztetage gewählten Commission (Dr. Sadikoff, Heerwagen, Fischer) begutachteten und redigirten

Gesichtspunkte für ein Reglement der Schutzpockenimpfung in den russ. Ostseeprovinzen.

§ 1. Der Impfung unterliegt:

a) *) Jedes Kind zu der auf sein Geburtsjahr folgenden Impfsaison (§ 9).

Anmerkung. Kinder, welche aus irgend welchen Ursachen nicht zu obengenannter Zeit geimpft werden, sind in der nächsten Impfsaison zur Impfung zu stellen.

b) Jedes Kind, in der Impfsaison des Jahres, in welchem es 11 Jahre alt wird, so fern es nicht in den 5 letzten Jahren mit Erfolg revaccinirt worden.

§ 2. Jede Gemeinde und jeder Flecken, Hakelwerk u. dgl. bildet einen besonderen Impfbezirk, wobei jedoch Gemeinden unter 500 Seelen sich den benachbarten anschliessen können. In den Städten können mehrere Impfbezirke je nach Bedürfniss eingerichtet werden.

§ 3. Jeder Impfbezirk ist verpflichtet einen Impfer anzustellen.

§ 4. Nach dem 23. April (Georgi) bis spätestens zum 15. Mai jeden Jahres haben in den Landgemeinden die Gemeinde-Verwaltungen, in den Städten und Flecken etc. die Polizeiverwaltungen durch ihre Organe genaue Listen aller im laufenden Jahre der Vaccination und Revaccination unterliegenden, im Impfbezirke wohnhaften, Kinder zusammenzustellen und den Kreis- resp. Stadtpolizeiverwaltungen einzusenden. In diese Listen sind auch alle im Bezirke befindlichen Kinder einzutragen, welche das im § 1 vorgeschriebene Alter bereits überschritten haben und sich durch kein Zeugniss als bereits geimpft, revaccinirt ausweisen können.

§ 5. Bis zum 1. Februar jeden Jahres haben die Gemeinden, Städte und Flecken der Kreispolizeiverwaltung vorzustellen die Reversale derjenigen Aerzte, resp. Impfer, welche sich verpflichtet haben im laufenden Jahre in den betreffenden Impfbezirken die Impfung auszuführen. Die Kreisverwaltungen stellen dieselben den betreffenden Kreis-, resp. Stadtärzten behufs Revision vor.

---

*) § 1. a) Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Der Impfung unterliegt: Jedes Kind spätestens in der Impfsaison, die in sein zweites Lebensjahr fällt». (Anmerk. des Secretairen.)

§ 6. Die Schulvorstände haben bei der Aufnahme von Schülern von denselben die betreffenden Impf- resp. Revaccinationsscheine einzufordern und dafür Sorge zu tragen, das die revaccinationspflichtigen Schüler sich revacciniren lassen.

§ 7. Jährlich, nach dem 15. December, jedoch noch vor Ablauf des Jahres, haben die einzelnen Impfbezirke ihre Impf- und Revaccinations-Journäle (§ 23), welche vom Impfer, Gemeindeältesten und Schreiber, in Städten und Flecken von betreffenden Beamten der Polizei zu unterschreiben sind, den Kreis- resp. Stadtpolizeiverwaltungen, resp. Bauercommissaren einzureichen, welche diese bis zum 15. Januar, nebst den Impflisten (§ 3) dem betreffenden Kreis- resp. Stadtarzte zur Revision zu übergeben haben.

§ 8. Die Kreis- resp. Stadtärzte haben bis zum 1. April die Impfjournäle nebst den von ihnen gemachten Bemerkungen den Kreis- resp. Stadtpolizeiverwaltungen resp. Bauercommissaren zurückzustellen, welche die erforderlichen Massregeln zukünftiger Vermeidung etwaiger Mängel und zur Beahndung der Schuldigen anzuordnen haben.

§ 9. Die Impfungen haben in der Zeit vom 15. Mai bis zum 15. August jeden Jahres an den vom Gemeindevorstand resp. Polizei mit dem Impfer vereinbarten Terminen stattzufinden. Das Local dazu ist vom Impfbezirke zu stellen, muss im Centrum desselben liegen und den Anforderungen der Hygiene entsprechen.

Anmerkung 1. Kinder, welche aus legalen Gründen nicht zu den Terminen haben kommen können, sind jedoch auch zu späterer Zeit im Laufe des Jahres vom Impfer zur Impfung anzunehmen.

Anmerkung 2. Von in den Impflisten eingetragenen Kindern, welche bereits vor der officiellen Impfsaison geimpft sein sollten, sind zum Impftermin nur die betreffenden Zeugnisse vorzustellen.

§ 10. Die Impfbezirksverwaltungen sollen es sich angelegen sein lassen, die Impfung, wenn möglich, nur von Aerzten ausführen zu lassen.

§ 11. Die Medicinalverwaltung erlässt, wann es erforderlich, Instructionen für die Impfenden nach dem augenblicklichen Stande der Wissenschaft.

§ 12. Die Gemeindeverwaltungen und Organe der Polizei sind verpflichtet, die nach § 3 in die Listen eingetragenen Kinder an den vereinbarten Terminen zur Impfung zu stellen.

§ 13. An den zur Impfung und Besichtigung (§ 15) bestimmten Terminen müssen Abgeordnete der Gemeindeverwaltungen resp. der Polizei zur Wahrung der Ordnung anwesend sein. Ebenso müssen die Listen der zu impfenden Kinder im Locale ausliegen.

§ 14. Diejenigen Eltern, Vormünder, Wirthe und Vorstände, welche der an sie erlassenen Aufforderung zur Stellung der Kinder zur Impfung und der darauffolgenden Besichtigung (§ 15) nicht folgeleisten, werden auf dem Lande nach den für Gemeinden bestehenden Bestimmungen bestraft (z. B. § 24. der kurländischen Gemeinde-Ordnung), in Städten und in den Gemeinden im Wiederholungsfalle sind sie durch die obigen (§ 12) Behörden dem Friedensrichter zur Bestrafung zu übergeben (§ 29 resp. 102 уст. о нак. нал. М. с.)

§ 15. 7 Tage nach der Impfung sind alle Impflinge dem Impfer im bestimmten Impflocale zur Besichtigung vorzustellen, es sei denn, dass sie aus legalen Gründen nicht erscheinen können.

§ 16. *) Die Kinder sind in reinlichem Zustande, womöglich gebadet, zur Impfung zu stellen. Unreinliche sind zurückzuweisen und müssen sich nach einer Woche wieder zur Impfung vorstellen.

§ 17. Schwächliche Kinder oder solche mit Scrophulose, Tuberkulose, Syphilis, Rachitis, oder aber mit einem Ausschlage oder Drüsenanschwellungen behaftete sind nicht zu impfen, sondern fürs nächste Jahr zurückzustellen und ist darüber im Journal zu vermerken.

Eine Ausnahme macht, wenn Pocken am Orte herrschen.

§ 18. **) Lymphe zum Weiterimpfen darf nur von Aerzten abgenommen werden und dann nur von gut entwickelten Pusteln an reinlichen, völlig gesunden Kindern, wobei jedoch wenigstens 2 Pusteln beim Impfling unberührt bleiben müssen.

§ 19. Beim Impfling ist die Impfung an 3—6 Stellen, ca. 1 Centimeter von einander, vertheilt auf einen oder beide Arme, vorzunehmen, die Revaccination jedoch am Besten nur auf dem linken Arme.

*) § 16. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Die Impflinge sind reinlich, gebadet zur Impfung vorzustellen.» (Anmerk. des Secretairen).

**) § 18. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Im Prinzip ist ausschliesslich mit animaler Lymphe zu impfen. Humanisirte Lymphe darf nur unter ärztlicher Controlle und nur in Ausnahmefällen benutzt werden. (Anmerk. des Secretairen).

§ 20. Die Impfung gilt als gehaftet, wenn zum Wenigsten sich 2 Pusteln gut entwickelt haben.

§ 21*). Sollte die Impfung nicht oder nur ungenügend gehaftet haben, oder die Pusteln sich bei der Besichtigung in ihrer Entwickelung durch Kratzen etc. gestört erweisen, so ist der Impfling am Besichtigungstermine abermals zu impfen und nach einer Woche zu besichtigen. Kinder bei denen auch die zweite Impfung nicht haftet, sind zur Impfung auf das nächste Jahr zurückzustellen und wird darüber der betreffende Schein ausgestellt, (§ 22) und im Journal vermerkt.

§ 22. Für jede Impfung resp. Revaccination werden vom Impfer unter № Scheine ausgestellt, auf welchen angegeben sein müssen: Vor-, Vaters- und Familiennamen, Zugehörigkeit, Datum der Geburt, Wohnort, Tag der Impfung und Besichtigung und ob die Impfung resp. Revaccination gehaftet hat, oder ob der Besichtigte nach den Impfnarben als schon geimpft und deshalb als immum zu betrachten sei, oder ob die Impfung nicht gehaftet und der Besichtigte sich zur nächsten Impfsaison wieder zu stellen habe. Um Verwechselungen zu vermeiden, hätten die einzelnen Arten der Scheine sich durch die Farbe ihres Papiers zu unterscheiden und zwar: für die gehaftete Impfung oder deren Constatirung weisse Scheine; für die Revaccination, ob gehaftet, oder nicht, blaue und für nicht gehaftete Impfung, wenn sich die Besichtigten im nächsten Jahre wiederstellen müssen, rothe Scheine.

§ 23. **) Ueber die Vollziehung der Impfung und Ausstellung der betreffenden Scheine werden in jedem Impfbezirke Schnurbücher geführt, und zwar je 1 für Impfung und Revaccination. In diese Journäle werden auch die Bemerkungen über Nichterscheinen der Geimpften, besonderer Verlauf der Vaccine, Mischinfectionen etc., Art und Herkunft der Lymphe eingetragen.

§ 24. Der Impfer kann für jede Impfung resp. Besichtigung mit Ausstellung eines Scheines 25 Kop. Silber vom Impfbezirk resp. Verwaltung beanspruchen. Die ausserdem zu leistende Vergütung für die Fahrt zu den Impfplätzen, Lymphe etc. beruht auf gegenseitiger Vereinbarung mit den Gemeinden resp. Polizeiverwaltung. Journäle, gedruckte Scheine hat der betreffende Impfbezirk zu stellen.

Anhang.

Massregeln beim Ausbruch von Pocken.

I. Sollte an einem Orte Jemand an den natürlichen Pocken erkrankt sein, so ist von den Personen, welche nach den bestehenden gesetzlichen Vorschriften dazu verpflichtet sind, darüber sofort an die Kreispolizeiverwaltung und Impfer Meldung zu machen, welche Erstere davon dem betreffenden Kreis- resp. Stadtarzt zur Ergreifung der erforderlichen, sanitäts-polizeilichen Massregeln Mittheilung zu machen hat.

II. a) In dem Gesinde, Hofe, resp. Hause der Stadt, in welchem die natürlichen Pocken ausgebrochen, sind sämmtliche Personen, an denen nicht schon in den letzten 5 Jahren die Impfung resp. Revaccination vorgenommen, unverzüglich vom betreffenden Impfer (von sich aus) von Neuem zu impfen. Die Vergütung dafür wie bei § 24.

b) In dem betreffenden Impfbezirke sind darauf sämmtliche Nichtgeimpften der Impfung zu unterziehen, und die der Revaccination Unterliegenden (§ 1) zu revacciniren.

c) Die Polizei hat mit Beihilfe des betreffenden Kreis- resp. Stadtarztes die erforderlichen Massregeln zur Verhinderung der Verbreitung der Krankheit (z. B. Isolirung, Beaufsichtigung der Kranken, Desinfection etc.) zu ergreifen.

d) An dem betreffenden Hause ist an sichtbarer Stelle eine Warnungstafel mit der Aufschrift: «Hier sind natürliche

*) § 21. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Sollte die Impfung nicht oder nur ungenügend gehaftet haben, oder die Pusteln sich bei der Besichtigung in ihrer Entwickelung durch Kratzen etc. gestört, erweisen, so ist der Impfling am Besichtigungstermine abermals zu impfen und nach einer Woche zu besichtigen. Im Falle negativer Impfungserfolge ist mit der 3. Vaccination der Impfverpflichtung Genüge geleistet.» (Anmerk. des Secretairen.)

**) § 23. Lautet nach Beschluss des VII. livl. Aerztetages: «Ueber die Vollziehung der Impfung und Ausstellung der betreffenden Scheine werden in jedem Impfbezirke Schnurbücher geführt und zwar je 1. für Impfung und Revaccination. In diese Journäle werden auch die Bemerkungen über Nichterscheinen der Geimpften, besonderen Verlauf der Vaccine, Mischinfectionen etc. eingetragen. Den zu führenden Vaccinations- und Revaccinationsjournälen ist eine Rubrik beizufügen, die Bemerkungen darüber enthält, welcher Provenienz die bei der letzten Impfung benutzte Lymphe war.» (Anmerk. des Secretairen).

Pocken»! zu befestigen, welche 18 Tage nach der Genesung resp. dem Tode des Kranken und gründlicher Desinfection des Locals entfernt wird.

(Schluss folgt)

Vermischtes.

— Dem Consultanten für Chirurgie am klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Staatsrath Dr. Alexander Selenkow, ist der St. Annen-Orden II. Klasse verliehen worden.

— Am 24. November beging der hiesige bekannte Kinderarzt, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Russow, älterer Arzt am Kinderhospital des Prinzen Peter von Oldenburg und gleichzeitig Arzt am hiesigen St. Katharinen-Institut, das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Bei dieser Gelegenheit wurden dem Jubilar zahlreiche Glückwunsch-Schreiben und Adressen überreicht.

— Am 12. December d. J. feiert der Professor der Hygiene an der Universität Kasan, wirkl. Staatsrath Dr. Michael Kapustin, sein 25-jähriges Jubiläum.

— Auf den durch den Tod Prof. Popow's erledigten Lehrstuhl der Physiologie an der Universität Jurjew (Dorpat) wird der vor Kurzem zum ausserordentlichen Professor der Physiologie in Kiew ernannte Dr. W. O. Kurtschinski übergeführt. K. ist Candidat der Naturwissenschaften der St. Petersburger Universität und hat seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Erlangung des Arztgrades im Jahre 1882, war er Ordinator an der Eichwald'schen Klinik, darauf Landschaftsarzt und in letzterer Zeit Prosector beim Lehrstuhl der Physiologie in Kiew.

— Am 1. December vollenden sich 25 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Professors der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Ssnegirew.

— Ernannt: Der Corpsarzt des 19. Armeecorps, Dr. Keldysch — zum Corpsarzt des 3. Armeecorps; der Gebietsarzt des Amurgebiets Dr. Tschernzow — zum Corpsarzt des 6. Armeecorps; der Divis.-Arzt der 36. Inf.-Divis. Dr. Popow — zum Corpsarzt des 9. Armeecorps; der Divis.-Arzt der 31. Inf.-Divis. Dr. Sslartschewski — zum Corpsarzt des 19. Armeecorps.

— Verstorben: 1) In Krakau der ehemalige ord. Professor der Anatomie an der dortigen Universität, Dr. Ludwig Teichmann, ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, im 73. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Lublin (Polen) und studirte von 1847—50 Cameralia und Theologie in Dorpat, worauf er sich dem Studium der Medicin in Heidelberg zuwandte. Von dort ging er mit Prof. Henle nach Göttingen, wo er als Prosector und Privatdocent wirkte, bis er i. J. 1861 nach Krakau als Professor der normalen Anatomie berufen wurde, in welcher Stellung er bis zu seiner Emeritirung i. J. 1893 verblieb. T. war auch Rector der Universität und Vicepräsident der Academie der Wissenschaften in Krakau. Sein Name ist besonders bekannt geworden durch die Entdeckung der Häminkrystalle (Teichmann'sche Blutprobe), welche in der gerichtlichen Medicin eine hervorragende Rolle spielen. 2) Am 18. November in St. Petersburg die Aerztin Wera Kassimenko aus Tambow, wo sie im Dienste der Landschaft stand, an einem organischen Herzfehler.

— Der XII. internationale medicinische Congress wird mit Allerhöchster Genehmigung unter dem Protectorat Sr. Kaiserlichen Hoheit des Moskauer Generalgouverneurs, Grossfürsten Ssergei Alexandrowitsch vom 7. bis zum 14. August 1897 in Moskau tagen.

— Wie verlautet, ist das von der St. Peterburger Gesellschaft zur Bekämpfung der Trunksucht ausgearbeitete Project zur Errichtung einer Heilanstalt für Alkoholiker von der Regierung bestätigt worden. Die Gesellschaft hat bereits eine Subscription zu diesem Zweck eröffnet.

— Die Redaction der deutschen Ausgabe der «Zeitschrift für Ohrenheilkunde» haben nach Prof. Moos' Tode Professor Körner in Rostock und der Ohrenarzt Sanitätsarzt Dr. Arthur Hartmann in Berlin übernommen.

— Der von Dr. Billings herausgegebene «Index Medicus» wird mit dem Beginn des nächsten Jahres wieder erscheinen, nachdem von einem Kreise von Aerzten die Mittel zur Fortsetzung des nützlichen Journals gesammelt worden sind.

— 120 Studenten der militär-medicinischen Akademie, welche sich den Prüfungen in der Regierungscommission unterzogen, haben das Arztdiplom erhalten, davon 67 cum laude. An der Universität Tomsk haben von 67 Examinanden 60 die Arztprüfung bestanden, darunter 12 mit Auszeichnung.

— Die baldige Errichtung der medicinischen acultät an der Odessaer Universität ist als gesichert anzusehen, da, ausser den von der Stadt Odessa zu diesem Zweck bewilligten 500,000 Rbl.. die Regierung einmalige 1,750,000 Rbl. zur Einrichtung der Kliniken und Laboratorien und ausserdem alljährlich 194,000 zum Unterhalt der Facultät ausgesetzt hat.

— In Livland wird bei Pernau ein viertes Leprosorium, zu welchem die Stadt Pernau die Mittel hergiebt, eingerichtet werden.

— Wie verlautet, wird die französische Akademie der Wissenschaften Prof. Behring für sein Diphtherie-Heilserum einen Preis von 25,000 Frcs. zuerkennen.

— Die Farbwerke Meister, Lucius & Brüning zu Höchst und die Schering'sche chem. Fabrik in Berlin stellen jetzt auch ein höherwerthiges Diphterieserum (über 200 Immunisirungseinheiten in 1 Cctm. Serum) her, für welches die Preise bis auf Weiteres, wie folgt, festgesetzt sind: 1) Serum mit mindestens 300 Einheiten in 1 Cctm. kostet 1 Mark 35 Pfennig; 2) Serum mit mindestens 400 Einh. in 1 Cctm. — 2 Mark 40 Pf. 3) Serum mit mindestens 500 Einh. in 1 Cctm. — 4 Mark. Der Preis für das Serum mit einem Gehalt bis zu mindestens 200 Einheiten in 1 Cctm. bleibt der bisherige.

— Die Choleraepidemie in Russland hat sich neuerdings auch auf das Gouvernement Orel ausgebreitet, wo vom 22. Oct.—18. Nov. 16 Personen an der Cholera erkrankten und 6 starben. Die Zahl der Cholera-Erkrankungen im Gouv. Wolhynien betrug vom 5.—11. Nov. 259, die der Todesfälle 94; im Gouv. Kiew in selben Zeitraum 101, resp. 34. In St. Petersburg machte sich in der vorigen Woche eine Steigerung der choleraartigen Fälle bemerkbar: es erkrankten vom 18.—25. November hierselbst 73 Pers. und starben 46. In den Hospitälern verblieben am 28. November 53 Cholerakranke.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburg's betrug am 25. November d. J. 7640 (137 mehr als in d. Vorw.), darunter 1209 Typhus — (39 mehr), 770 Syphilis — (3 wenig.). 140 Scharlach — (6 wenig.), 67 Diphtherie — (6 mehr), 70 Masern (0 mehr), und 19 Pockenkranke (6 wenig.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis 25. November 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
342	298	640	119	44	100	15	11	26	57	76	53	61	48	18	10	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 25, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 4, Masern 12, Scharlach 17, Diphtherie 19, Croup 7, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 5, Cholera nostras 43, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 84, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 63, Todtgeborene 31.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 19. December 1895.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 18. December 1895.

Hierzu ein Prospect betreffend: «Ueber die Verwendung des Europhen in der venereologischen Praxis», als Beilage.

Дозв. ценз. Спб. 4 Декабря 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 49 St. Petersburg, 9. (21.) December **1895**

Inhalt: Doc. Dr. med. W. v. Zoege-Manteuffel: Ueber Spättodesfälle nach Narcose. — **Referate**: Stepp: Weitere Mittheilungen über die Anwendung des Bromoforms. — Prof. Czerny: Ueber Heilversuche bei malignen Geschwülsten mit Erysipeltoxinen. — **Bücheranzeigen und Besprechungen**: R. Geigel und Fr. Voit: Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. — Briefe von Theodor Billroth. — Клемпереръ: Основы клинической діагностики. — **Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden.** — **Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.** — **Vermischtes.** — **Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.** — **Anzeigen.**

Ueber Spättodesfälle nach Narcose.

Von

Doc. Dr. med. W. v. Zoege-Manteuffel.

Vortrag, gehalten am 16. September 1895 auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden.

In der Narcosenfrage sind merkwürdiger Weise die besonnenen Urtheile eines König, Bruns, Kocher an den Ohren des grossen ärztlichen Publicum ziemlich ungehört vorübergegangen, während die Warnungsrufe Popperts und Mikulicz's Eingang fanden. Und so wie Mikulicz und Poppert die Sache darstellen, liegt sie in der That nicht, auch meiner, allerdings nicht sehr reichen Erfahrung nach nicht, die ich dennoch in's Feld zu führen wage. Denn wenn 80 Narcosen schon ein abschliessendes Urtheil gestatten sollen, so werden 800 und einige wohl jedenfalls eine vorläufig genügende Beobachtungszahl bilden um ein wenigstens subjectives Urtheil über den Aether als Narcoticum zu gestatten. Meine Erfahrungen mit dem Chloroform sind ca. 13 Jahre alt, so dass ich auch hier eine eigne Ansicht mir wohl habe bilden können.

Und viel mehr als ein subjectives Urtheil können wir eigentlich überhaupt nicht erwarten, abgesehen von den Kenntnissen, die wir aus Experiment und gelegentlichen sog. Unglücksfällen erworben. Denn die Sammelstatistik lässt uns wieder einmal im Stich. Das beweisen die jüngsten Erfahrungen auf's unzweideutigste, das zeigt die wechselnde Auffassung der von Poppert aus der Gurlt'schen Statistik herausgelesenen Aethertodesfälle, die von Gurlt augenscheinlich doch wohl nicht als solche angesehen wurden, von Poppert und Miculicz dem Aether zur Last gelegt werden, von Kocher, ebenso von König zum Theil angezweifelt werden — und so wohl von jedem in seiner Weise gedeutet werden. Da kann man doch wirklich nicht hoffen durch Massenbeobachtungen den Fehler der Einzelbeobachtung zu verkleinern.

Die Kritik der beiden Mittel — Aether und Chloroform — muss sich nothgedrungen an die bei der Application dieser Narcotica beim Menschen auftretenden üblen Zufälle halten. Demnächst sind aber die Versuche am Thier durchaus nicht zu vernachlässigen — sie lehren uns die physiologische Wirkung des Mittels in seine Factoren zerlegen.

Halten wir uns zunächst an das was die Klinik lehrt.

Dem Chloroform wird vor allem das Vorkommen primärer Syncope vorgeworfen. In thesi müssen wir verlangen, dass alle Fälle von Shok hier abgezogen werden — in praxi ist das allerdings sehr schwierig.

Weniger schwierig erscheint es mir, diese vom Trigeminus vermittelte reflectorische Herzlähmung im Beginne der Narcose zu vermeiden. Die neuerdings empfohlene methodische Tropfnarcose ist, wie mir scheint, sehr wohl geeignet den Gefahren der primären Syncope zu begegnen. Nach meiner Erfahrung ist sie für Kinder und Frauen gut anwendbar. Für Männer reicht sie nicht aus. Hier dehnt sich das Excitationsstadium sehr oft so lange aus, dass ich von diesem eine grössere Schädigung der Circulation fürchten musste als von einer etwas grösseren Dosis Chloroform. Gegenüber der primären Syncope hat vielleicht die Rosenberg'sche Cocainisirung eine Bedeutung doch ist sie bisher noch mit einer Reihe Unzuträglichkeiten verbunden, so dass weitere Versuche erst nothwendig sind. — Zu alle dem ist die primäre Syncope jedoch meiner Erfahrung nach so selten, dass wir ihretwegen das Chloroform gewiss nicht verwerfen werden.

Weit häufiger als dieser primären Syncope begegnete ich beim Chloroformiren Lähmungen des Respirations- und Circulationscentrums im weiteren Verlauf der Narcose. Ich will sie der Kürze halber als «Spätsyncope» bezeichnen. Ich habe solcher Fälle eine grosse Anzahl gesehen sowohl bei Kindern als bei Männern und Greisen, jedoch keinen bei Weibern.

Diese Fälle, bei denen nach glücklich vollbrachter Arbeit sich der Schatten des Todes über das Angesicht des Kranken lagern, seine Pupillen ad maximum dilatirt

sind, Athmung und Puls stille stehen — sie lassen sich schlechterdings nicht sicher vermeiden. Meist gelingt es ja durch Athembewegungen und rythmische Thoraxcompressionen (König) die Kranken wieder zum Leben zu bringen, vermeiden lassen sich diese wohl sicher ebenfalls vom Trigeminus vermittelten Reflexwirkungen nicht.

Ich habe so einen 12-jährigen Knaben verloren dem ich die Hüfte resecirte und dem während des Verbandes, nachdem schon 1/4 Stunde die Maske nicht mehr aufgelegen hatte, einige Tropfen (vielleicht 5) vorgehalten wurden. Ein anderer Knabe bekam nach der Narcose einen Puls von 200 der mehrere Tage anhielt ohne dass Blutverlust oder Sepsis bestand. Bei Erwachsenen ist es mir 2 Mal zu sehr ernsten Fällen von Spätsyncope gekommen nachdem die Maske schon entfernt war.

Im Hinblick auf diese Dinge sind wir gegenüber dem Mikulicz'schen Vorschlag, bei Septischen die Narcose ganz oberflächlich zu machen in einer etwas eigenthümlichen Lage. Es ist ja richtig, dass von der applicirten Chloroformmenge auch viel abhängt, so die Necraemie, die Zerstörung des Blutes und die Degeneration der Organe.

Aber diese Dinge setzen den Kranken in seiner Widerstandsfähigkeit gegen die Reflexwirkung zurück. Rechnen wir hierzu den Shok der Operation bei nicht voll erloschenem Bewusstsein, die Muskelarbeit die das Herz belastet — so kann ich nicht zugeben, dass die «oberflächliche» Narkose ungefährlicher ist als die tiefe, abgesehen davon, dass man physisch an manchen Operationen verhindert ist, wenn man den Kranken nicht bis zur Reflexlosigkeit narkotisirt. Die gleichmässig tiefe Narcose bleibt doch immer die ungefährlichste.

Jedenfalls sind wir aber bei Septischen und Anämischen in besonders übler Lage mit der Chloroformnarcose: Schützen wir sie vor der Necrämie, so setzen wir sie der Reflexlähmung aus, versuchen wir diese zu umgehen, so kann die verbrauchte Chloroformmenge durch Zersetzung des Blutes und Degeneration der Parenchyme noch spät ihre deletären Wirkungen entfalten.

Ebenso wie wir sahen, dass die Reflexlähmung bei sonst Gesunden, nicht Septischen vorkommt, kann die Necrämie sich bei ganz gesunden Personen zeigen. Wir waren schon lange des Glaubens, dass besonders die Verunreinigungen des Chloroforms als schädlich anzusehen seien. Aber je reiner das Chloroform wurde, desto giftiger wurde es; bis wir im Pictet'schen Eischloroform das reinste Präparat — aber schon ein unerlaubtes Gift gewannen.

Als ich mit Schering's Chloralchloroform zu narcotisiren begann, sah ich stets wieder hochgradigen Icterus als Zeichen der Zerstörung des Blutes nach absolut normal verlaufenen Operationen eintreten. Diese Beobachtungen machte ich im Privathospital, während im Stadthospital der Icterus nur andeutungsweise zur Beobachtung kam, obgleich ich hier viel mehr septische Phlegmonen etc. zu behandeln hatte. Hier benutzte ich das billigere Chloroform EH, welches nicht so rein, aber auch nicht so concentrirt ist.

Solche Schädigungen des Blutes sind meist in wenig Tagen verwunden und verschwunden, ganz gleichgültig sind sie aber nicht und können namentlich bei Septischen oder Anämischen bedenklich werden. In 2 Fällen habe ich sehr schwere Störungen nach Chloroform eintreten sehen, die ich in dieser Richtung deuten muss, das eine mal starb die Kranke nach 36 Stunden, der andere Kranke hat die Störung überstanden. Besonders bedeutungsvoll wird diese Zerstörung des Blutes wenn sie sich mit den viel wichtigeren Veränderungen an den Parenchymen vergesellschaftet. Namentlich die fettige Degeneration der Nieren, Leber und vor allem des Herzens geben sowohl zu früh als spät eintretendem Tode Veranlassung. Die in dieser Richtung grundlegenden Arbeiten von Caspar, Ungar, Junker, Ostertag, Strassmann, Ambrosius sind in den Kreisen der Kliniker, wie es scheint, so wenig oder garnicht bekannt, dass ich es mir nicht versagen kann, in Kürze auf die wesentlichsten Punkte dieser Arbeiten einzugehen.

Nach Strassmann, Ostertag, Ambrosius haben wir uns die Wirkungen des Chloroforms auf die Körpergewebe etwa folgendermaassen vorzustellen.

Das eingeathmete Gas bedingt eine directe Degeneration des Blutes und der festen Gewebe. Diese Degeneration ist, wenn der Tod unmittelbar nach der Narcose erfolgt, ebensowenig nachzuweisen, wie sie sich finden lässt an Thieren, die sich wieder vollständig erholt haben. In der Zwischenzeit jedoch gelingt der Nachweis degenerirter Zustände am Herzen (Fettdegeneration und Fragmentirung) an den Nieren, dem Magen. Als Ausdruck dieser Eiweisszersetzung gelingt es schon früh eine vermehrte Stickstoffausscheidung nachzuweisen. Sehr bald erscheint das Fett als Infiltration in der Leber. Diese Fettmetamorphose der rothen Muskulatur etc. wird veranlasst durch Sauerstoffmangel und Kohlensäureüberladung, als deren Ursache sowohl directe Chloroformwirkung, als auch die durch das Chloroform bedingte Degeneration des Blutes anzusehen sind. Als Ausdruck der letzteren findet sich Icterus bei Lebzeiten und lassen sich im Harn Gallenfarbstoffe nachweisen. Diese Veränderungen treten so ziemlich bei allen Individuen auf. Es lässt sich jedoch nicht eruiren, warum einzelne Thiere besonders disponirt erscheinen. Erliegt das Thier den wiederholten Narcosen und den danach auftretenden beschriebenen Veränderungen nicht, so bilden sich die Erscheinungen langsam in Tagen und Wochen zurück.

Ich habe seit 1886 mein Augenmerk auf diese Spätwirkungen des Chloroforms gerichtet und 6 Todesfälle beobachtet, die ich als Chloroformtodesfälle aufzufassen genöthigt bin. Die 3 ersten waren ältere magere Männer, die 8, 2×24, 8×24 Stunden post Operat. an Herzlähmung starben. Fall 4 hatte ein cor adiposum und starb 56 Jahre alt 3½ mal 24 Stunden nach der Narcose ebenfalls an Herzlähmung. Fall 5, 20 J. alt, Empyem der Gallenblase, starb 26 Stunden post narcosin icterisch bei frequentem Puls, ebenfalls an Herzlähmung, Fall 6 hatte Chloroform per os genommen und starb 4 Wochen nach der 5½ stündigen Narcose unter zunehmender Herzschwäche.

In allen Fällen waren andere Todesursachen, Sepsis etc. auszuschliessen (Fall 5 nicht secirt). Sie bilden präcise Analoga zu den Thierexperimenten Ostertags und Strassmanns und gleichen durchaus dem Falle Ambrosius.

Auch darin zeigen sie eine präcise Analogie, dass die Ursache, weswegen gerade diese Individuen kein Chloroform vertragen sollten nicht entdeckt werden konnte. Es handelte sich eben um individuelle Eigenschaften die weder klinisch noch bei der Section zu finden waren.

Es giebt eben gewisse Individuen auch des genus homo, die noch lange nach der Narcose den schädlichen Einwirkungen des Chloroforms (Muskel- und Parenchymdegeneration, Blutzersetzung) erliegen können. Wir können ferner niemals voraus bestimmen, ob ein Individuum diese Disposition hat oder nicht. Wir konnten in den einschlägigen Fällen schliesslich die verwandten Chloroformsorten als pharmacologisch rein und nicht verschieden von den sonst gebrauchten nachweisen.

In Bezug auf die üblen Zufälle bei und nach der Chloroformnarcose komme ich daher zu folgenden Schlüssen.

1) die primäre Syncope (bei Chloroformnarcose) ist eine so seltene Erscheinung, die sich zudem vielleicht ganz vermeiden lässt, dass wir ihretwegen die Chloroformnarcose nicht verwerfen werden.

2) die secundäre Syncope ist sehr viel häufiger, und wenn sie auch in der Mehrzahl der Fälle in ihren Folgen zu beseitigen ist, so gelingt das doch nicht immer.

3) Die durch Necrämie und Degeneration der Organe verursachte nachträgliche Gefährdung des Lebens ist weder vorauszusehen noch zu beseitigen.

Sie werden verstehen, m. H. wenn ich endlich, nachdem schon anderenorts der Aether in Anwendung gekommen war, auch zu diesem Narcoticum griff.

Ueber die üblen Zufälle beim Aether wissen wir kurz folgendes:

Es ist über einige wenige Fälle von primärer Syncope berichtet worden.

Es gilt hierfür dasselbe was ich gegenüber dem Chloroform sagte: ein Theil dieser Fälle gehört vielleicht zum Shock. Ein anderer wird sich vermeiden lassen, wenn man die Erstickungsnarcose aufgiebt. Ich glaube nicht, dass die Gefahr der Syncope beim Aether irgend in's Gewicht fällt — vollends nicht gegenüber dem Chloroform

Der Aether schädigt viel früher die Respiration als irgend bedenkliche Einflüsse auf die Circulation sich bemerkbar machen, das haben unzählige Narcosen am Menschen und Thierexperimente erwiesen.

Die Hauptgefahr der Aethernarcose besteht in den sog. Aetherpneumonieen.

Ich muss hier vorab König durchaus beistimmen wenn er sagt, dass es wohl für den Kranken ziemlich gleichgültig ist ob er auf dem Tisch infolge von Chloroformsyncope bleibt oder am 3. Tage an Aetherpneumonie stirbt, dass dieses für den Arzt aber gar nicht einerlei sei.

Ich habe im Laufe von 1¼ Jahren rund 300 Aether- (und etwa 100 Chloroformnarcosen) meiner Beobachtung protocollirt.

Von den ersteren hatten Pneumonieen 1 schwer — hernia umbilicalis, Genesung; 1 leichter — Hernia inguinalis, Genesung.

Dann haben noch 4 Patienten Bronchitiden gehabt die in 1—2 Tagen bei geeigneter Therapie (Expectorantien, Hochsetzen) verschwanden

Bei der Nabelhernie handelte es sich um eine monströse Adipositas. Schon während der Narcose trat sehr starkes Trachealrasseln und Cyanose ein. Hier hätte vom Aether Abstand genommen werden sollen. Zudem complicirte sich der Fall durch einen Bauchdeckenabscess, der die Expectoration sehr erschwerte Die Pneumonie dauerte etwa 10 Tage. Der andere Fall mit pneumonischem Sputum war leichter und störte bei 5-tägiger Dauer die Heilung der radical operirten Scrotalhernie des alten Herren nicht.

Wenn ich danach den Aetherpneumonien nicht die Bedeutung zusprechen kann. die ihnen Mikulicz vindicirt, so bedeuten sie immerhin eine Gefahr, der vorzubeugen unsere Aufgabe sein muss.

Wir werden vor allem die stets Trachealrasseln erzeugende Erstickungsnarcose verwerfen. Die übermässige Salivation lässt sich bei langsamer Einleitung der Narcose vermeiden. Tritt sie dennoch ein, so haben wir die Narcose zu unterbrechen, den Mund gehörig auszureinigen, eventuell den Kranken bis zum Husten erwachen zu lassen. Hilft das auch nicht, so verträgt der Kranke den Aether eben nicht. In den meisten Fällen ist aber der Aether daran Schuld — er enthält Verunreinigungen (Essigäther etc.). Dann sind wir genöthigt auf Chloroform überzugehen. Sehr oft können wir dann im Stadium der Toleranz wieder zum Aether zurückkehren.

Handelt es sich um einen Emphysematiker mit ausgesprochenem Katarrh der Luftwege, so ist der Aether von vorne hinein namentlich bei Bauchoperationen contraindicirt. Unbequem ist er ferner bei Operationen im Munde wegen der Salivation. Bei Potatoren haben wir wie unter Chloroform ein recht lebhaftes Excitationsstadium zu erwarten.

In Summa wissen wir also beim Aether, trotzdem er für den alten Continent ein neues Narcoticum ist, doch besser unsere Kranken für die Narcose auszuwählen als beim Gebrauch des Chloroforms. Wir können die Aethernarcose viel eher den Händen Ungeübter anvertrauen, schon weil wir auf den Puls nicht zu achten brauchen und unsere Aufmerksamkeit auf die Respiration allein concentriren können. Die Feuergefährlichkeit ist gleich 0 weil die Aetherdämpfe schwerer sind als Luft.

Nach meinen Erfahrungen ist der Aether bei weitem das ungefährlichere Narcoticum und zwar weil ich die Contraindicationen gegen seine Application präcise stellen kann, was mir beim Chloroform in ähnlicher Weise nicht möglich ist.

Sollte sich vor Beginn der Narcose eine solche Contraindication nicht gefunden haben, jedoch während der Narcose deutlich werden, so können wir bei einiger Aufmerksamkeit noch immer rechtzeitig zum Chloroform übergehen. Eine Reihe von Fällen werden somit gleich dem Chloroform zugewiesen, eine andere fällt ihm später zu. Womit für Manche der Werth des Aethers sinkt «weil er sich nicht in allen Fällen anwenden liesse, wie das Chloroform» — hört man wohl sagen.

Es lässt sich aber eben das Chloroform auch nicht in allen Fällen anwenden, was wir aber zum Schaden unserer Kranken erst nachträglich, erst zu spät erkennen.

Referate.

Stepp: Weitere Mittheilungen über die Anwendung des Bromoforms. (Münch. med. Wochenschrift). № 36.

Die seit 6 Jahren gesammelten Erfahrungen der Behandlung des Keuchhustens mit Bromoform, gewonnen an einem grossen Krankenmaterial, veranlassen Autor zu weiteren Mittheilungen. Das Bromoform kürzt nicht nur die Krankheitsdauer ab. sondern die einzelnen Hustenanfälle nehmen in Bezug auf Zahl und Heftigkeit deutlich ab. Er ist ein nahezu ausnahmsloses Ergebniss, dass der Appetit mächtig angeregt wird dass hierdurch der Kräftezustand nicht nur erhalten bleibt, sondern sich wesentlich bessert. Freilich wird das Hinzutreten von pneumonischen Infiltrationen nicht immer verhütet. aber die Kinder überstehen solche leichter. Dagegen hört bei tuberkulöser Disposition oder bei Hinzutreten von Influenza der günstige Einfluss der Bromoformbehandlung auf. Die Gaben dürfen nicht zu klein sein: einem halbjährigen Kinde verabreicht S. 3 Tropfen, einem 1jährigen 4—5 Tropfen 3 mal täglich. Dabei soll es nie dem ganz leeren Magen zugeführt werden.

Seine frühere Annahme, dass das Bromoform durch die Lungen ausgeschieden werde, fand S. bestätigt bei einem Tuberkulösen, dem er das Mittel subcutan injicirte und dessen Allgemeinzustand, allerdings nur vorübergehend gekräftigt wurde. Der Erfolg der Bromoformbehandlung bei complicirtem Lungenemphysem war daher naheliegend und thatsächlich wurden Emphysematiker nach 4—6 Kapseln (à 0,5) in kürzester Zeit von schwerer Bronchitis befreit. Auch bei catarrhalischer Pneumonie der Kinder brachte S. das Bromoform (in Lösung, z. B. bei einjährigen Kindern: Bromof. gtt. 15, Spir. vin 8,0, Aqu. 100,0, Syr. 10,0 stündlich 1 Löffel) in ausgedehnter Weise in Anwendung und hat in einer Reihe von Jahren den Eindruck empfangen, dass auch hier das Bromoform einen sehr günstigen Einfluss ausübt. Weitere Erkrankungsformen zur Behandlung mit Bromoform boten die Fälle von chronischer Bronchitis bei Rachitikern und Spasmus glottidis. Es geht also aus diesen Beobachtungen hervor, dass das Bromoform ein werthvolles Mittel bei Erkrankungen des Respirationstractus bildet und dass es bei diesen eine allgemeine Anwendung verdient. Weyert.

Prof. Czerny: Ueber Heilversuche bei malignen Geschwülsten mit Erysipeltoxinen. (Münch. med. W. № 36.)

Coley in New-York hat unlängst seine bei 38 inoperablen Sarkomen gewonnenen Resultate, wo mit Erysipel-Prodigiosus-Toxinen behandelt wurde, veröffentlicht. In 9 Fällen verschwand die Geschwulst, so dass er die Kranken für dauernd geheilt hält. Daraufhin hat auch C. an einigen inoperablen Tumoren

ähnliche Versuche angestellt. Bei einer 35jährigen Frau war während der Schwangerschaft eine pilzartig wuchernde, am Tage der Aufnahme mannsfaustgrosse Geschwulst der rechten Parotisgegend aufgetreten, deren Oberfläche zum Theil exulcerirt war. Die Parotis derb infiltrirt, die ödematöse Ohrmuschel vom Tumor durchwachsen. Die mikroskopische Untersuchung ergab als Grundgewebe die Structur eines kleinzelligen Rundzellensarkoms, in welches atypisch zerstreute Epithelzapfen und Perlen tief eingedrungen waren. Da die Exstirpation keine Aussicht auf Erfolg bot, wurde am 10. Juni mit der Injection von Erysipeltoxin begonnen. Nach Coley waren Erysipelculturen in Bouillon 3 Wochen lang gezüchtet, dann mit Prodigiosus versetzt und diese Flüssigkeit wiederholt bei 58° C. sterilisirt. Bis zum 22. September wurden 18 Einspritzungen von 1—6 Theilstrichen in den Tumor gemacht. Wiederholt trat Schüttelfrost auf. Die höchste Temperatur war 40,4°. Die Geschwulst quoll während des Fiebers etwas auf und fiel in den folgenden Tagen mehr zusammen. Die mikroskopische Untersuchung eines excidirten Stückes ergab seröse Durchtränkung des Gewebes und Quellung der Zellen. Am 22. September war die Geschwulst bis auf eine kleine Verdickung hinter dem Ohre zurückgegangen, die Parotis weich, das Allgemeinbefinden der Patientin gut. Doch ist, wie auch C. zugiebt, der Fall nicht beweisend, weil es sich um eine während der Schwangerschaft entstandene Geschwulst handelt, von denen es bekannt ist, dass sie manchmal nach der Entbindung theilweise, sehr selten auch ganz zurückgehen. Die Einspritzungen sollen bei der Patientin fortgesetzt werden.

Bei den übrigen Fällen war die Zahl der Einspritzungen noch zu gering, um auffallende Besserungen zu zeigen. In 3 Fällen handelte es sich um Sarkome des Cavum pharyngonasale, welche nach der Operation recidivirt waren. Bei einem wurde nach 6 Injectionen Besserung constatirt. Mit typischem Carcinom waren 4 Fälle behaftet, bei denen aber bisher keine wesentliche Aenderung zu merken war. Das Material ist also vorläufig recht dürftig und auch die Erfolge noch ganz unsicher, so dass C. mit Recht zum Schluss hervorhebt, dass diese Behandlungsmethode die Operation nicht ersetzen, geschweige denn überflüssig machen kann. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

R. Geigel und Fr. Voit. Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1895.

Obgleich auf dem Gebiete der klinischen Untersuchung und der Diagnostik innerer Krankheiten bereits zahlreiche Lehrbücher vorhanden sind, die allgemeine Verbreitung unter Studirenden und Aerzten gefunden haben, so verdient das soeben erschienene Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden volle Anerkennung und steht den bisher erschienenen Werken in keiner Hinsicht nach. Wohlbewusst, dass in neuerer Zeit eine Diagnose der inneren Krankheiten in den meisten Fällen sich ebensoviel auf die chemischen und microscopischen Ergebnisse, wie auf den physikalischen Befund stützt, haben sich beide Verfasser zusammengethan und alle diesbezüglichen für den Praktiker nothwendigen, wichtigeren Untersuchungsmethoden in einem Buche vereinigt. So besteht denn dieses umfangreiche Werk aus zwei Theilen: 1) physikalische Untersuchungsmethoden von R. Geigel, 2) microscopische und chemische Untersuchungsmethoden von Fr. Voit. Obwohl, wie die Verf. es im Vorworte erwähnen, die rein wissenschaftlichen Methoden als nicht in den Rahmen des Buches passend fortgelassen wurden, befindet sich doch dieses Werk ganz ohne Frage auf der Höhe moderner Wissenschaft, indem die neusten Ansichten über das Einzelne, soweit sie die Diagnostik vervollständigen helfen könnten, dem Buche beigefügt und unter Nennung betreffender Autoren, die neusten Methoden eine Erwähnung gefunden, der Kritik unterzogen und auf ihre Brauchbarkeit und ihren Werth geprüft worden sind. Dieses alles hebt nur den wissenschaftlichen Werth eines Buches und lässt es in vieler Hinsicht als Nachschlagebuch benutzen.

Der erste Theil in gefälliger, geradezu fesselnder Sprache geschrieben, zerfällt in zahlreiche grosse Capitel, wie Anamnese, Inspection, Palpation, Mensuration, Percussion und Auscultation, Untersuchung des Nervensystems, Untersuchung der Sprache, der Mund- und Rachenhöhle, des Kehlkopfs und der Nase. Bei Besprechung der einzelnen Symptome sind in allen Capiteln hier und da practische Winke beigefügt, die dem Arzt eine Diagnose zu stellen erleichtern. Ganz vorzüglich ist die Ausführung des grossen Abschnitts über Auscultation und Percussion, welchen Verf. in einen allgemeinen und einen speciellen Theil trennt. Nachdem im allgemeinen Theil die einzelnen Symptome genaue Besprechung gefunden, sind im speciellen Theile die verschiedenen Erkrankungen der Respirations-, Circulations- und Verdauungsorgane der Reihe nach besprochen, und zwar bei jeder einzelnen eingehend die Erscheinungen, soweit sie physikalisch nachweisbar sind. Die Bearbeitung des Capitels über die Untersuchung des Nervensystems und die Electrodiagnostik ist gleichermassen eine vorzügliche.

Was den zweiten Theil des Buches anbetrifft, so ist derselbe ebenfalls mit grosser Vollkommenheit ausgeführt worden und ist namentlich von hohem practischen Werthe. Der Stoff ist sehr übersichtlich niedergeschrieben, was das Buch für das microscopische und chemische Arbeiten im Laboratorium zu einem bequemen Leitfaden macht. Und namentlich ist es angenehm, dass zum Schluss der einzelnen Capitel eine kurze Recapitulation der Krankheiten vorhanden ist mit diesbezüglichen Veränderungen der Se- und Excrete. Die bacteriologischen Befunde sind an manchen Stellen vielleicht etwas zu kurz abgefasst, das gehört ja aber auch nicht in den Rahmen des Buches.

Die zu den einzelnen Prüfungen nothwendigen Apparate und Instrumente sind einer genauen Beschreibung ihrer Construction und Handhabung unterzogen und zum grössten Theil auch abgebildet worden. Ueberhaupt ist das im Ganzen schön ausgestattete Buch mit zahlreichen Abbildungen versehen, die theils aus anderen Lehrbüchern reproducirt sind, theils aber Originale darstellen. Hecker.

Briefe von Theodor Billroth. (Hannover und Leipzig. 1895.)

Ein Buch, das jedem Arzte, ja jedem gebildeten Menschen, der Interesse und Verständniss besitzt für den Entwicklungsgang einer hervorragenden Persönlichkeit, auf's Wärmste empfohlen sei. Es ist eine Sammlung von Briefen, die der grosse, im Februar des vorigen Jahres verstorbene Wiener Chirurg an verschiedene seiner Freunde, Mitarbeiter und Schüler gerichtet hat und die uns ein lebensvolles Bild von dem sowohl an äusseren Erfolgen, wie auch besonders an innerlichen Erfahrungen und geistigen Errungenschaften so reichen Leben dieses bedeutenden Mannes entrollen. Es tritt uns aus denselben nicht nur der Naturforscher und Arzt in seinem Wirken und Streben, seinem Forschen und Erkennen lebensvoll entgegen, sondern mehr noch fesselt uns in diesen Perlen briefstellerischer Kunst Billroth als Mensch, dem nichts Menschliches fremd ist, dessen reicher Geist, dessen glühende Phantasie und künstlerische Begabung die Höhen und Tiefen des Lebens zu durchmessen bemüht ist und dessen tiefes und warmes Gemüth für Alles, was des Menschen Dasein veredelt und verschönt, bis zuletzt eine frische, begeisterte Empfänglichkeit bewahrt hat.

Eine glückliche Feder, die dem feinsten Gedanken stets den treffendsten Ausdruck, das glücklichste Bild verleiht, hat sich hier in den Dienst einer hochbegabten Individualität gestellt. Das macht die Lectüre dieser Briefe zu einem hohen Genuss, der auch dadurch, dass vielleicht aus einer etwas zu weit gehenden Pietät manche bedeutungslose Zettelchen und Zeilen mit aufgenommen sind, kaum beeinträchtigt wird.

Dem Mediciner bieten diese Briefe zudem eine reiche Quelle der Belehrung über die glückliche Zeit des Aufschwunges der Chirurgie in den letzten Jahrzehnten, eines Aufschwunges, der nicht zum geringsten Theil mit dem Namen Billroth's unlöslich verknüpft ist. D—o.

Клемпереръ: Основы клинической діагностики. Перев. подъ редакціей д-ра Шапиро. Русское изданіе второе. С.-Петербургъ. К. Л. Риккеръ. 1895.

Einer welchen Verbreitung sich die Klemperer'sche Diagnostik auch unter den russischen Collegen erfreut, beweist die binnen kurzer Zeit nothwendig gewordene zweite Auflage, die nach der fünften verbesserten deutschen Auflage bearbeitet ist. Einer besonderen Empfehlung bedarf das Werk, dessen Vollständigkeit bei geringem Umfang bereits nach seinem ersten Erscheinen hervorgehoben wurde, wohl nicht. Ausstattung und Druck zeugen von der Sorgfalt des Verlegers. Wir zweifeln nicht, dass der Grundriss sich zu seinen alten Freunden viele neue erwerben wird. Weyert.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden.

14.—16. September 1895.

Erste Sitzung

(Schluss).

Discussion:

a) Dr. Ströhmberg: Bevor über das vorliegende Reglement discutirt wird, muss darauf aufmerksam gemacht werden,

dass die Impfung in Livland bereits geregelt ist und zwar in folgender Weise: die in einer bestimmten Gemeinde geborenen Kinder werden in die Impfbücher eingetragen und obligatorisch geimpft. Die Bücher werden von den Commissären revidirt. Zur Impfung soll ausschliesslich animale Lymphe benutzt werden, die dem Impfer unentgeltlich verabfolgt wird.

b) Dr. Sadikoff erwidert, dass die Impfung nur in den Landgemeinden, nicht aber in den Städten Livlands geregelt sei und in ersteren auch nur, soweit ihm bekannt, durch ein Erlass an die Commissäre.

c) Dr. E. Fischer entgegnet Herrn Dr. Ströhmberg, dass im Jurjewer Kreise, speciell im Theal'schen Kirchspiele von einem bäuerlichen Impfer fast nur mit humanisirter Lymphe geimpft wurde. Bezüglich des bisherigen Modus der Zusammenstellung von Impflisten sei die Commission der Meinung, dass selbiger nicht alle der Impfung zu unterziehenden Kinder umfasse; die Commission erklärt sich daher für Gründung von Impfbezirken, in denen innerhalb einer bestimmten Zeit die Impflisten nach dem derzeitigen impfpflichtigen Kinderbestande anzufertigen sind.

ad § 1. a. und § 4 das «Reglement etc.»:

d) Dr. Meyer-Popen hält den einjährigen Zeitraum zwischen Geburt und Impfung für zu lang; er ist der Ansicht, dass Kinder von 3—4 wöchentlichem Lebensalter bereits der Impfung zu unterziehen sind.

e) Dr. J. Vierhuff-Subbath: Nach der Fassung des § 1 a. wären allerdings die Impfungen, welche bisher im Laufe des ersten Lebensjahres stattfinden, erst im zweiten Lebensjahre vorzunehmen. Zur Vermeidung einer solchen Auffassung müsste im § 1 a. das Wort «Geburtsjahr» durch «Lebenstag» oder «Lebensmonat» ersetzt werden.

f) Dr. Kusmanoff-Rappel proponirt den § 4 so zu fassen, dass in die vom 23. April bis zum 15. Mai anzufertigenden Listen alle noch ungeimpften Kinder eingetragen und sämmtliche in der darauf folgenden Impfsaison d. h. im Laufe desselben Jahres geimpft werden müssen.

g) Dr. J. Sadikoff: Die praktische Durchführung des von Dr. Kusmanoff gemachten Vorschlages würde auf Schwierigkeiten stossen, weil für die Handhabung der Revaccination ein getrenntes Verfahren eingeschlagen werden müsste. Ausserdem würden in die Listen Kinder eingetragen werden, deren Lebensalter, nach der Ansicht Redners, zur Impfung noch nicht qualificiren dürfte.

h) Dr. E. Koch-Walk befürwortet die Ansetzung zweier Impftermine im Jahr (Frühling und Herbst). Es wäre die Impfung jedes neugeborenen Kindes nur über einen Impftermin hinauszuschieben gestattet und daraus resultire die relative Sicherheit dafür, dass jedes Kind innerhalb des ersten Lebensjahres geimpft wird.

i) Dr. Truhart macht darauf aufmerksam, dass bisher die Organe der Polizei wenigstens auf dem Lande und in den kleinen Städten dem Bauercommissairen nur die Geburtslisten aus den Registern der evangelisch lutherischen Kirche einliefern, eine geregelte Controlle der den anderen Confessionen angehörigen Kinder daher nicht stattfände.

k) Dr. E. Etzold: Eine Vollständigkeit der Impflisten wäre nur zu erreichen durch obligatorische Anzeigepflicht der Geburten.

l) Prof. K. Dehio fragt an, ob § 1. a. nicht so gefasst werden könnte, dass der Impfzwang sich in der Regel auf Kinder unter einem Jahr beziehe. Aehnliche Bestimmungen fänden sich in allen europäischen Staaten.

m) Dr. R. Heerwagen verwahrt sich gegen die im Laufe der Discussion laut gewordene Auffassung, als werde die Kinderimpfung durch § 1. a. auf das 2. Lebensjahr verlegt; § 1. a. bestimme nur den Termin, an welchem für unterlassene Impfung Straffälligkeit einzutreten hat. Dr. Heerwagen entgegnet ferner H. Prof. Dehio, dass der Termin der Straffälligkeit nach der Fassung des § 1. a. um mehr als ¼ Jahr kürzer sei als dieses in Deutschland der Fall ist.

n) Dr. J. Vierhuff schlägt folgende Fassung des § 1. a. vor: «Jedes Kind unterliegt der Impfung spätestens in der Impfsaison, die in sein zweites Lebensjahr fällt».

α) Es wird beschlossen, dem § 1. a. die von Dr. J. Vierhuff vorgeschlagene Fassung zu geben.

β) Die bisherige Fassung des § 4 wird beibehalten.

ad § 7 das «Reglement etc.».

o) Dr. Ch. Ströhmberg hält die Revision der bereits durch die Commissäre geprüften Bücher seitens der Kreisärzte für überflüssig.

p) Dr. R. Heerwagen hält es für wichtig, dass die Journäle von den Kreisärzten revidirt werden, umso mehr als für die Letzteren die Provenienz der Lymphe von Interesse sein muss. Auch wäre es wünschenswerth, dass die Journäle nach Möglichkeit von Aerzten geführt werden.

q) Dr. J. Sadikoff befürwortet gleichfalls die Revision der Bücher seitens der Kreisärzte. Nach seinen Erfahrungen beansprucht dieselbe wenig Zeit und Mühe. Den Impfern könne man keine Competenzen einräumen, sie gerade bedürfen der ärztlichen Controlle, da es nicht selten vorkommt, dass Impfer Zeugnisse ausstellen in Fällen, wo die Impfung garnicht anschlug.

r) Dr. Truhart: Bei dem bis dato bestehenden unzureichenden Sanitätswesen dürfte auch nach Einführung der Revision seitens der Kreisärzte — keine consequente Controlle des Impfwesens zu erwarten sein. Die endgiltige Regelung der eben diskutirten Frage müsse daher der Zukunft nach allendlicher Realisirung der Sanitätsreform überlassen werden.

γ) Es wird beschlossen, die Fassung des § 7 beizubehalten.

ad § 16 des «Reglement etc.»:

s) Dr. Ch. Ströhmber schlägt vor, die zur Impfung erschienenen Kinder an Ort und Stelle waschen zu lassen und dann zu impfen.

t) Dr. P. Bergengrün erklärt sich für die Anlage von Badeeinrichtungen im Impflokale.

u) Dr. Kusmanow-Rappel hält eine allgemeinere Fassung des § 16 für zweckmässig, da die Impflinge sehr verschiedene Grade der Sauberkeit resp. Unsauberkeit aufweisen können. Er proponirt daher dem § 16 folgende Fassung zu geben:

«Die Kinder müssen in gesäubertem Zustande zur Impfung erscheinen».

v) Dr. Ch. Ströhmberg betont, dass man den Arm des Impflings kurz vor der Impfung so wie so desinficire.

w) Dr. J. Sadikoff erwidert Herrn Dr. Ströhmberg, dass der desinficirte Arm des Impflings gleich nach der Impfung durch die etwaige schmutzige Wäsche sofort wieder verunreinigt werden könne.

x) Dr. N. v. Stryk schlägt für den § 16 folgende Fassung vor: «Die Impflinge sind reinlich, gebadet zur Impfung vorzustellen».

δ) Es wird beschlossen dem § 16 die von Dr. N. v. Stryk in Vorschlag gebrachte Fassung zu geben.

ad § 18 das «Reglement etc.»:

y) Dr. N. v. Stryk erklärt die Präcisirung der Bedingungen für die Gewinnung und Benutzung der humanisirten Lymphe für überflüssig, da ja zu Beginn des § 18 dem Impfer die Anwendung humanisirter Lymphe verboten werde, der Arzt aber diesbezüglich freie Hand behalten soll.

z) Dr. R. Heerwagen möchte den § 18 erhalten wissen, da er Bezug nehme auf entsprechende Bestimmungen in Kurland.

aa) Dr. Truhart bringt folgende Formulirung des § 18 in Vorschlag: «Im Principe ist ausschliesslich mit animaler Lymphe zu impfen. Humanisirte Lymphe darf nur unter ärztlicher Controlle und nur in Ausnahmefällen benutzt werden».

ε) Die von Dr. Truhart proponirte Fassung des § 18 wird angenommen.

ad § 19 das «Reglement etc.»:

bb) Dr. Truhart empfiehlt aus für den Impfling in Betracht kommenden Bequemlichkeitsgründen die Vaccination auf dem rechten und die Revaccination auf dem linken Arme vorzunehmen.

cc) Dr. N. v. Stryk giebt weder dem rechten noch dem linken Arme den Vorzug, erklärt jedoch die Trennung der Lokalisation für die Vaccination einerseits und Revaccination andererseits — als unwesentlich.

dd) Dr. R. Heerwagen befürwortet und applicirt die Impfung auf beiden Armen, weil die Pusteln (etwa auf 5 Stellen vertheilt) auf einem Arme nicht Platz finden. Nach den in London angestellten Beobachtungen wachse der prophylaktische Werth der Impfung nach Maassgabe der Anzahl zur Entwickelung gelangter Pusteln.

ee) Dr. E. Etzold fragt an, ob einer der Anwesenden beobachtet hat, dass nach erfolgreicher Vaccination die Revaccination angeschlagen habe?

ff) Dr. R. Heerwagen giebt an, wiederholt erlebt zu haben, dass die Revaccination nach erfolgreicher Vaccination anschlug, doch nur bis zum 5. Tage nach dem Impfakte, niemals aber am 7. Tage, wie es von anderen angegeben wird.

ς) Es wird beschlossen den § 19 keiner Abänderung zu unterziehen.

ad § 21 das «Reglement etc.»:

gg) Dr. R. Heerwagen proponirt, den Schluss des § 21 («Kinder, bei denen auch die zweite Impfung nicht haftet, sind zur Impfung auf das nächste Jahr zurückzustellen und wird darüber der betreffende Schein ausgestellt (§ 22) und im Journale vermerkt») durch folgende Fassung zu vereinfachen: «Im Falle negativer Impfungserfolge ist mit der 3. Vaccination der Impfverpflichtung Genüge geleistet».

η) Es wird beschlossen, die von Dr. Heerwagen für den § 21 proponirte Fassung anzunehmen.

ad § 23 das «Reglement etc.»:

hh) Dr. Kusmanoff-Rappel schlägt vor, die Provenienz der benutzten Lymphe in einer besonderen Rubrik der Journäle zu vermerken.

ii) Dr. Truhart stellt hierzu folgendes Amandement: Den zu führenden Vaccinations- und Revaccinationsjournälen ist eine Rubrik beizufügen, welche Bemerkungen darüber enthält, welcher Provenienz die bei der letzten Impfung benutzte Lymphe war.

θ) Das Amandement des Dr. Truhart wird als Fassung für eine Ergänzung zu § 23 — angenommen.

ad § 24 das «Reglement etc.»:

kk) Dr. Kusmanoff-Rappel wünscht der Honorarzahlung weniger enge Schranken gesetzt als § 24 solche fixirt hat und proponirt daher folgende Fassung: «Der Impfer soll für jede Impfung resp. Besichtigung mit Ausstellung eines Scheines als Minimalhonorar 25 Kop. Silber vom Impfbezirke resp. der Stadtverwaltung empfangen.

ll) Dr. Ch. Ströhmberg will die Honorarzahlungen dem Ermessen der Gemeinden anheimgestellt wissen.

mm) Dr. R. Heerwagen: Damit keine unlautere Concurrenz und streberhaftes Unterbot entstehe, muss das Honorar oder ein Minimalhonorar fixirt sein.

nn) Dr. Truhart erkennt die von Dr. Heerwagen angeführte Gefahr hinsichtlich der Impfer an, hinsichtlich der Aerzte jedoch komme sie nicht in Betracht. Daher erklärt sich Redner dafür, dass für die Impfer ein Minimalhonorar fixirt werde, — die Aerzte dagegen unentgeltlich zu impfen haben.

ι) Es wird beschlossen, die Fassung des § 24 beizubehalten.

ad II. a. und b. des «Anhang».

oo) Dr. E. Anders erinnert an die Anschauung, nach welcher die Vaccination während einer Pockenepidemie widerrathen wird.

pp) Dr. R. Heerwagen kann, geleitet durch eigene Erfahrungen und die Kenntnissnahme diesbezüglicher Literatur, die von Dr. Anders erwähnte Anschauung nicht theilen. Jedenfalls besteht bei gleichzeitig vorhandener Vaccine und Variola die Wahrscheinlichkeit, dass die Variola einen leichten Verlauf nimmt.

qq) Dr. J. Sadikoff vertritt den eben von Dr. Heerwagen geäusserten Standpunkt und betont seinerseits, dass die neuere Literatur durchaus zum Impfen bei ausgebrochener Pockenepidemie anräth.

rr) Dr. E. Weiss-Reval hat im Stadt-Krankenhause zu Riga Gelegenheit gehabt, ca. 400 Fälle von Pocken zu beobachten, wobei er sein Augenmerk auch speciell auf eine etwaige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch nach der Infection erfolgte Impfung richtete und hat die Ueberzeugung gewonnen, dass in der That eine Beeinflussung stattfinde und zwar im günstigen Sinne. Ca. 6—7 Fälle, bei denen Pocken und Impfpusteln gleichzeitig bestanden verliefen relativ leicht.

ss) Dr. J. Kusick-Reval: Sich den Ausführungen des Dr. Heerwagen anschliessend theilt Redner aus seiner Praxis mit, dass er vor ca. 3 Jahren in Reval 2 ungeimpfte Knaben von 3 und 5 Jahren in Behandlung nahm, von denen der eine Bruder unter deutlichen Prodromen der Variola erkrankt war und mit dem anderen in einem Bette schlief. Die an dem Letzteren vorgenommene Vaccination war von Erfolg gekrönt und der Knabe blieb von der Variola verschont.

tt) Prof. B. Körber: Da sich bei zu spät ausgeführter Vaccination Vaccine- und Variolapusteln bei demselben Individuum gleichzeitig entwickeln können, was dem Arzte resp. Impfer zur Last gelegt werden könnte. — möchte Redner im Anhange des Dr. Sadikoff'schen Elaborates (II a.) den Ausdruck «unverzüglich» durch die Worte «bis zum 4. Tage» ersetzt sehen.

uu) Dr Kusmanoff-Rappel empfiehlt eine allgemeine Fassung für die in II a. des «Anhanges» getroffenen lokalen Bestimmungen, es sollte daselbst heissen: «Bei Ausbruch der natürlichen Pocken sind sämmtliche Bewohner des betreffenden Dorfes resp. Gutshofes unverzüglich zu impfen etc.».

vv) Dr. R. Heerwagen macht darauf aufmerksam, dass in Livland Dörfer nicht existiren und schlägt daher die noch allgemeinere Bezeichnung «Impfbezirk» vor, wie sie in II. b. des Anhanges bereits angewendet sei.

ww) Dr. H. Meyer-Popen will ganz unbestimmt lassen, wie weit die Nachbarschaft bei ausgebrochener Epidemie geimpft werden soll; die Grösse des Umkreises sei abhängig zu machen von den jeweiligen Erfordernissen.

xx) Dr. J. Sadikoff erinnert daran, dass ja nicht allein Aerzte sondern auch Impfer vacciniren, denen man die Entscheidung nicht überlassen könne, wieviel im Umkreise zu impfen sei.

yy) Dr. Meyer-Popen weist den Einwand des Dr. Sadikoff zurück, da kein Impfer ohne ärztlichen Auftrag — item nicht ohne Anweisung der Orte impfen könnne.

ϰ) Es wird beschlossen II a. und b. des Anhanges in unveränderter Fassung beizubehalten.

λ) Dr. J. Sadikoff, als Präses der auf dem VI. livländ. Aerztetage behufs Begutachtung und Redaktion des Dr. Sadikoff'schen «Reglement für Schutzpockenimpfung etc.» ernannten Commission — verliest folgenden **Commissionsantrag**: Die Gesellschaft livländischer Aerzte wolle beschliessen:

1) Mit dem eingehend zu motivirenden Gesuche an die Medicinalabtheilung zu gehen, dass Impfung und Revaccination für jeden Bewohner des Gouvernements mit Ausnahme der Stadt Riga obligatorisch werde.

2) Der Medicinalabtheilung davon Mittheilung zu machen, dass die Gesellschaft Livländischer Aerzte ihre Mitwirkung bei der Ausarbeitung diesbezüglicher Verordnungen jederzeit bereitwilligst den zuständigen Organen zur Verfügung stellt.

3) Das Präsidium zu bevollmächtigen, als Delegirte des livländischen Aerztetages bei etwa gewünschter Mitarbeit an der Ausarbeitung eines Impfgesetztes zu fungiren und selbiges zu ersuchen hierbei nach Maassgabe der Möglichkeit den vom Aerztetage gebilligten Gesichtspunkten Geltung zu verschaffen.

4) Den Schwestergesellschaften in Kurland und Estland von diesen Beschlüssen Mittheilung zu machen und hieran das Ersuchen zu knüpfen, dass diese Gesellschaften auch ihrerseits analoge Schritte ergreifen.

J. Sadikoff. Heerwagen. Fischer.

Discussion:

a) Dr. R. Heerwagen lehnt von vorneherein ein etwaiges Ansinnen ab, als beanspruche das vorliegende Reglement die Bedeutung eines Gesetzentwurfes. Es sei mit der Möglichkeit zu rechnen, dass viele in obigem Reglement getroffene Bestimmungen sich als praktisch undurchführbar erweisen aus mancherlei für den Aerztetag unabsehbaren z. B. legislativen Gründen. Ausser dem medicinischen — kämen eben auch andere Ressorts als durchaus maassgebend in Betracht.

b) Dr. Truhart schliesst sich den Ausführungen des Dr. Heerwagen über Wesen und Bedeutung des Dr. Sadikoff'schen Elaborates an und proponirt der Versammlung, über die in Betreff desselben zu ergreifenden Maassnahmen schlüssig zu werden, resp. über den verlesenen Commissionsantrag in Verhandlung zu treten.

α) Es wird beschlossen nach dem Punkt 1. des Commissionsantrages zu verfahren, i. e. mit dem eingehend zu motivirenden Gesuche an die Medicinalabtheilung zu gehen, diese Behörde wolle dafür Sorge tragen, dass Impfung und Revaccination für jeden Bewohner des Gouvernements, mit Ausnahme Riga's obligatorisch werde.

· Auf Antrag des Präses Dr. Truhart wird beschlossen:

β) (cf. Punkt 3 des Commissionsantrages). Das von der Commission redigirte, vom VII. livländischen Aerztetage approbirte und stellenweise veränderte Elaborat Dr. Sadikoff's der Medicinalabtheilung einzuschicken mit dem Gesuche, den durch selbiges geäusserten Gesichtspunkten bei etwaiger Ausarbeitung eines Impfgesetzes nach Maassgabe der Möglichkeit Geltung zu verschaffen.

γ) (cf. Punkt 4 des Commissionsantrages). Mit den ärztlichen Gesellschaften Kurlands und Estlands in Betreff der Impfungsfrage in Relation zu treten; ihnen das Elaborat Dr. Sadikoff's zuzuschicken und sie über die bisher seitens des livl. Aerztetages diesbezüglich getroffenen Maassnahmen zu instruiren.

δ) Eine Commission zu ernennen, welche mit der endgiltigen Redaktion der «Gesichtspunkte für ein Reglement etc.» und mit der Realisirung der unter α, β und γ gefassten Beschlüsse des Aerztetages beauftragt wird.

ε) Zu Gliedern dieser Commission werden Dr. R. Heerwagen und E Sokolowski gewählt.

Schluss der 1. Sitzung.

D. Z. Secretair Dr. med. Ernst Sokolowski.

Kleinere Mittheilungn und therapeutische Notizen.

— C. F. A. Koch. Demonstratie. Weekblad voor Geneeskunst. 1895. II. Nr. 4. Prof. Koch demonstrirte im allgemeinen Verein zur Beförderung der Heilkunst in Groningen die Schleich'sche locale Anästhesie für kleinere Operationen. Er besprüht zunächst das Operationsfeld mit Chloralaethyl, und spritzt dann die Schleich'sche Lösung ein. Eine gewöhnliche Pravatz-Spritze wird ganz flach in die Cutis einge-

stochen und einige Tropfen eingespritzt, so dass eine papelartige Auftreibung der Haut hervortritt, eine zweite gleichartige Einspritzung wird an der Peripherie der ersten Papel gemacht und so weiter in der ganzen geplanten Schnittlinie. Bei grösseren Operationen kann auf dem Grunde der Wunde dieselbe Procedur wiederholt werden und so weiter etagenweise. Schleich hat bekanntlich auch Laparotomieen auf diese Weise ausgeführt, ohne dass, seiner Angabe nach, die Operation länger dauert als bei allgemeiner Anästhesie.

Schleich empfiehlt drei besonders geeignete Lösungen.

1) Stärkste Lösung

Cocain. muriat.	0,2
Morph. mur.	0,025
Chlornatr.	0,2
Aq dest.	100,0
Sol. ac. carbol.	5% gutt. 2.

2) Mittlere Lösung

Cocain. muriat.	0,1
Morph. mur.	0,025
Chlornatr.	0,2
Aq. dest.	100,0
Sol. ac. carbol.	5% gutt. 2.

3) Schwache Lösung

Cocain. muriat.	0,01
Morph. mur.	0,005
Chlornatr.	0,2
Aq. dest.	100,0
Sol. ac. carbol.	5% gutt. 2.

Gewöhnlich genügt die schwächste Lösung (Schleich ersetzt gegen Ende grosser Operationen die Cocainlösung mit Coffeinlösung. Der anästhetische Effect soll derselbe bleiben und Coffein der Cocainvergiftung entgegenwirken, welche übrigens bei kleineren Operationen nicht in Frage kommt. *Ref.)*

Buch.

B. Vedeler: Primaer sterilitet. Norsk Magazin for Laegevidenskaben. 1895. Nr. 5. Unter primaerer Sterilität versteht V., den Zustand einer verheiratheten Frau, die nicht schwanger wird. — Verf. hat 310 solcher Fälle beobachtet und classificirt.

1) Die Sterilität vom Manne verschuldet:

Gonorhoe und deren Folgen	196	Fälle
Syphilis	3	»
Azoospermie	4	»
Die Frau in zweiter Ehe geschwängert	3	»
Impotenz des Mannes	1	»
Hymen intact, Vaginismus, wahrscheinlich Schuld des Mannes	4	»
	211	Fälle = 70%

2) Ursache der Sterilität auf Seiten der Frau.

Uterusfibrom	23	Fälle
Atrophie des Uterus	28	»
Amenorrhoe	8	»
Integrität des Hymen	5	»
Vaginismus	5	»
Ovariacysten	5	»
Ovarienentzündung	2	»
Hämatocele	4	»
Angeborene Anomalieen	2	»
Uteruspolypen	2	»
Constitutionelle Krankheiten	3	»
Krebs	1	»
Summa	82	Fälle = 30%

Vermischtes.

— Der Oberarzt des St. Petersburger Marine-Hospitals und Medicinalinspector des St. Petersburger Hafens, wirkl. Staatsrath Dr. Rambach ist zum Ehren-Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, — unter Belassung in den von ihm bekleideten Aemtern.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Oculisten des St. Petersburger Hafens u. ält. Arzt der 7. Flottenequipage, wirkl. Staatsrath Dr. Müller und dem stellv. Medicinalinspector des Pleskauschen Gouvernements, wirkl. Staatsrath Dr. Cornelius Rauch.

— Wie die «N. Dörptsche Ztg.» erfährt, hat Professor Dr. St. Wassiljew sein Amt als Decan der medicinischen Facultät der Universitä Jurjew (Dorpat) niedergelegt und auf Urlaub die Stadt verlassen. Die Decanatsgeschäfte wird die beiden nächsten Wochen der Prodecan Prof. Dr. E. Raehlmann führen, wofür der Professor für gerichtliche Medicin Dr. A. Ignatowski das Decanat übernehmen dürfte.

— Vor kurzem beging der berühmte Zoolog, Professor Dr. phil. et med. Leuckart in Leipzig, das 50-jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen Thätigkeit. Unter den zahlreichen Adressen und Beglückwünschungen, welche aus diesem Anlass eingelaufen waren, befand sich auch ein Glückwunsch-Telegramm der hiesigen militär-medicinischen Academie.

seinen Abschied eingereicht.

— Dr. T. Pawlow hat sich mit Genehmigung der Conferenz der militär-medicinischen Academie als Privatdocent für Syphilis und Hautkrankheiten an der genannten Academie habilitirt.

— Die von uns gebrachte Nachricht, dass die französische Academie der Wissenschaften Prof. Behring einen Preis von 25.000 frcs. für die Entdeckung des Diphtherieheilserums verliehen habe, bestätigt sich, doch ist unsere Mittheilung dahin zu ergänzen, dass die genannte Academie den Alberto-Levy-Preis im Betrage von 50,000 frcs. je zur Hälfte Behring und Roux für das Diphtherieheilserum zuerkannt hat.

— Prof. extrord. Dr. Paul Ehrlich (Berlin) wird von jetzt ab auch Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie an der Berliner Universität halten. Zu seinen wissenschaftlichen Arbeiten und Uebungen sind demselben entsprechende Räumlichkeiten im Institut für Staatsarzeneikunde angewiesen worden.

— Der Privatdocent der Kieler Universität, Dr. August Bier, welcher, wie wir bereits mitgetheilt haben, den Professor Dr. Esmarch während seines mehrmonatlichen Urlaubs vertritt, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Verstorben: 1) In Warschau der dortige Arzt Leo Koniz nach fast 50-jähriger praktischer Thätigkeit im 74. Lebensjahre. 2) Auf seinem Gute im Gouvernement Minsk der freipraktícirende Arzt J. I. Schwerin im Alter von 55 Jahren. Der Verstorbene beschäftigte sich vorzugsweise mit Augenkrankheiten. 3) Am 8 Nov. in den Vereinigten Staaten von Amerika der bekannte Gynäkolog Dr. Battey.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat einen Concurs zur Bewerbung um die anatomische Prämie des verst. Prof. emer. der Academie Peter Sagorski ausgeschrieben. Am Concurse können sich alle Aerzte, welche russische Unterthanen sind, mit Ausnahme der Conferenzmitglieder der militär-medicinischen Academie, betheiligen. Die Prämie von 4200 Rbl. kann nach dem Ermessen der Conferenz entweder in ihrem vollen Betrage einem Autor oder auch in geringerem Betrage einem oder mehreren Autoren zuerkannt werden, wobei in letzterem Falle die zuerkannte Prämie nicht unter 600 Rbl. betragen darf. Der Endtermin zur Einreichung der Concursarbeiten ist auf den 1. April 1897 festgesetzt.

— In Kursk ist eine Abtheilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit eröffnet worden.

— Am 2. December wurde in Berlin das 100-jährige Bestehen des Friedrich-Wilhelm-Instituts und der medicinisch-chirurgischen Academie für das Militär festlich begangen. Durch königliche Cabinetsordre von diesem Tage sind nunmehr diese beiden militär-ärztlichen Bildungsanstalten unter dem Namen «Medicin-chirurgische Kaiser Wilhelms-Academie» zu einer Anstalt vereinigt worden.—

— Mit dem Beginn des neuen Jahres wird in Paris eine neue medicinische Vierteljahresschrift unter dem Titel «Revue des maladies cancereuses» erscheinen, welche von den Proff. Cornil, Duplay u. Lanelongue gegründet ist. Die Redaction derselben hat Dr. Ozene übernommen.

— Die Choleraepidemie in Russland ist bis jetzt auf 4 Gouvernements beschränkt geblieben. Nach dem letzten officiellen Bulletin erkrankten in Wolhynien vom 12—18. Nov. 183 Personen und starben 90, im Gouv. Kiew vom 19—25. Nov. 45 resp. 24 Personen und im Gouv. Orel kam in derselben Zeit nur 1 Neuerkrankung vor. In der Stadt St. Petersburg betrug die Zahl der Neuerkrankungen vom 25. Nov. bis 2. Dec. 78, die der Todesfälle 46. Am 4. December verblieben in den hiesigen Hospitälern 67 Cholerakranke. Wie man erwarten konnte, hat sich die Epidemie auch auf das Gouvernement St. Petersburg ausgebreitet, wo vom 5—25. Nov. 21 Erkrankungen und 2 Todesfälle an der Cholera constatirt worden sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. November d. J. 7902 (262 mehr als in d. Vorw.), darunter 1267 Typhus — (58 mehr), 774 Syphilis — (4 mehr). 149 Scharlach — (9 mehr), 74 Diphtherie — (7 mehr), 82 Masern (12 mehr), und 16 Pockenkranke (3 wenig.) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. Novemb. bis 2. Decbr. 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
350	269	619	102	42	105	12	13	23	71	60	49	50	48	30	10	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 32, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 4, Masern 24, Scharlach 18, Diphtherie 14, Croup 10, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 4, Cholera nostras 43, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 64, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 35, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 55, Todtgeborene 33.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 19. December 1895.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Tagesordnung: 1) Dr. Hörschelmann: Ein Fall von Gehirnerkrankung bei einem Neugeborenen.

2) Dr. Moritz: Ueber Diagnose der Cysticerkenkrankheit des Gehirns.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 18. December 1895.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Amalie Born, Большая Подъяческая. д. 9, кв. 15.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб. 9 Декабря 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 50 St. Petersburg, 16. (28.) December **1895**

Inhalt: Dr. med. Wilhelm Greiffenhagen: Ueber die Radicaloperation nicht eingeklemmter Brüche. — **Referate:** Prof. W. Uhthof (Marburg): Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. — **Bücheranzeigen und Besprechungen:** Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinalkalender auf das Jahr 1896. — Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte. — Vermischtes. — Anzeigen.

Ueber die Radicaloperation nicht eingeklemmter Brüche.

Von

Dr. med. Wilhelm Greiffenhagen.

Vortrag, gehalten auf dem VII. Aerztetage der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden.

M. H.! Die Versammlung livländischer Aerzte hat stets den Zweck verfolgt, Themata zur Discussion zu bringen, welche allgemeines Interesse, besonders auch das Interesse der auf dem Lande prakticirenden Collegen zu erregen geeignet sind. Zu diesen Themata gehört unstreitig auch die Lehre von den Eingeweidebrüchen, nicht allein weil das Bruchleiden überhaupt sehr verbreitet ist, sondern auch, weil die damit Behafteten schweren Arbeitsstörungen, ja eigentlich auch jeden Augenblick der Gefahr einer Einklemmung unterworfen sein können. Die Zahlenangaben über die Häufigkeit der Brüche sind zur Zeit noch recht unsicher. So nehmen Arnaud[1]) und Malgaigne an, dass auf ca. 8—13 Gesunde ein Bruchkranker kommt, während Wernher für England das Verhältniss von 1 Bruchkranken auf 110 Gesunde fand. Man wird nicht fehl gehn, wenn man annimmt, dass unter je 30—40 Menschen für die Gesammtbevölkerung der Erde sich ein Bruchkranker findet. Diese Zahlen beweisen die ungeheure Verbreitung der Bruchkrankheit. Wenn man noch erwägt, dass das männliche Geschlecht etwa 4 mal so häufig befallen ist, als das weibliche und ferner bedenkt, dass grade während der Zeit der vollentwickelten Arbeitskraft zwischen dem 25. und 40. Jahre am häufigsten Hernien beobachtet werden, so wird einem die grosse Bedeutung der Frage klar, auf welche Weise die ärztliche Kunst den Bruchkranken von seinem Leiden befreien, oder ihm doch wenigstens Erleichterung zu verschaffen vermag.

Von Alters her ist man bestrebt gewesen die Heilung auf unblutigem Wege anzustreben. Unter den zahlreichen Mitteln steht, was die Häufigkeit der Anwendung anbetrifft, das Bruchband oben an. Für die gewöhnlichen Brucharten Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüche hat man Bandagen construirt, die, nach vorheriger Reposition des Bruches, durch constanten Druck auf die Bruchpforte den Bruch nicht allein dauernd zurückhalten, sondern auch durch allmähliche Verkleinerung und schliessliche Verödung des Bruchcanals die Heilung anstreben sollten. Wenn auch nicht geleugnet werden kann, dass dies in

[1]) Citirt nach Graser. Die Unterleibsbrüche (1891) pag. 252.

vielen Fällen, namentlich im Kindesalter, gelingt, so trotzt doch weitaus die grössere Mehrzahl der Hernien einer solchen Behandlung, denn ein gut sitzendes, zweckentsprechendes Bruchband zu verfertigen ist eine Kunst, die nicht jeder Bandagist erlernt, es sind daher nur wenige Bruchkranke in der Lage sich ein gutes Bruchband zu verschaffen. Aber auch die bestconstruirte Bandage kann nicht verhindern, dass mitunter bei forcirten Bewegungen (Husten, Niesen, Turnen) eine Lücke entsteht, durch welche Eingeweide in den Bruchsack schlüpfen, resp. die Bauchhöhle verlassen können. So bleibt denn das Bruchband ein palliatives Mittel, das nicht mit Sicherheit jeden Bruch zur Heilung bringt, immerhin wird man in frischen Fällen eine Zeit lang Versuche damit machen und erst bei ausbleibendem Erfolge seine Zuflucht zu anderen Mitteln nehmen, unter denen ich nur die Alcoholinjectionen in die Umgebung der Bruchpforte (nach Schwalbe) nenne, die in einer grösseren Zahl von Fällen doch noch zur Heilung geführt haben sollen. Nur beiläufig will ich der Cauterisationen mit Glüheisen und Aetzmitteln, der percutanen Ligatur, der goldenen und königlichen Naht, der Wutzer-Rothmundschen Invaginationsmethode erwähren. Sie alle haben nur noch historischen Werth, denn seit der antiseptischen Aera wird fast ausschliesslich die blutige Methode der Radicaloperation und zwar wohl immer mit Eröffnung des Bruchsackes geübt.

Während man früher ängstlich bestrebt war, die Eröffnung des Peritoneum zu vermeiden, gilt es jetzt fast als Unterlassungssünde, wenn man aus Furcht vor Infection verabsäumt sich nach Spaltung des Bruchsackes über die gelungene Reposition des Inhaltes durch Ocular- und Digitalexploration genügend zu orientiren. So hat auch auf diesem Gebiete die Lister'sche Entdeckung einen völligen Umschwung in der Behandlung hervorgerufen.

Es kann nun nicht meine Aufgabe sein, Ihnen über sämmtliche Methoden der Radicaloperation zu berichten, wie sie vor und nach Einführung der Anti- und Asepsis geübt worden sind und noch geübt werden, ich möchte mich heute darauf beschränken die Technik der gangbarsten Operationsverfahren an nicht eingeklemmten Brüchen, deren Endresultate und die sich hieraus ergebenden Indicationen etwas näher zu beleuchten.

Im Allgemeinen verfolgen alle Methoden ein und dasselbe Ziel: dauernde Reposition des Bruches und dauernden Verschluss der Bruchpforte. Schon im Alterthum suchte man dieses Ziel auf operativem Wege zu erreichen und es giebt aus der römischen Zeit genaue Vorschriften für die Ausführung der Herniotomie. Galen, Celsus und Heliodorus[2]) schonten den Hoden und trugen den Bruchsack theils mit dem Messer, theils mit dem Glüheisen ab. Paul von Aegina dagegen führte mit der Radicaloperation auch stets die Castration aus und gab dadurch Veranlassung, dass die Radicaloperation arg in Misscredit gerieth und im Mittelalter nur wenig von Aerzten geübt wurde.

Erst seit dem 16. Jahrhundert begann man wieder sich mit der Frage der Radicaloperation zu beschäftigen, zunächst freilich nur im Anschluss an die Operation eingeklemmter Brüche, während die Radicaloperation im modernen Sinne erst seit Einführung der Antiseptik an Boden gewann, seitdem man unter ihrem Schutze die Naht des Bruchcanals und der Haut methodisch brauchen lernte.

Die verschiedenen Arten der Brüche: Leisten-, Schenkel-, Nabel- und sonstige Bauchbrüche haben in therapeutischer Hinsicht das miteinander gemein, dass ihre Radicaloperation, wie schon erwähnt, darauf hinzielt, nach Reposition des Bruchinhaltes (sei es nun mit Erhaltung oder Exstirpation des Bruchsackes) die meist erweiterte Bruchpforte auf die Dauer derart zu schliessen, dass sich kein neuer Bruch bilden kann. Die einfachste Methode der Radicaloperation des Leistenbruches, und zwar des äusseren oder schrägen, von den wir zunächst reden — ist das alte Verfahren des Heliodorus: Spaltung der Bruchhüllen bis auf den Bruchsack, stumpfe Lösung und Spaltung desselben behufs Revision des Inhaltes. Liegt letzterer frei im Bruchsack, so wird er in die Bauchhöhle reponirt, im Falle Verwachsungen vorliegen, müssen dieselben getrennt werden. Mitunter stösst diese Art der Herniotomie auf grosse Schwierigkeiten, namentlich bei grossen, alten Brüchen, deren Inhalt so feste Verwachsungen haben kann, dass man genöthigt wird, ausgedehnte Netz- und Darmresectionen zu machen.

Ich habe in einem Falle von Leistenbruch fast das ganze grosse Netz, in einem anderen Falle, von alter Cruralhernie ca. 20 Ctm. Dünndarm reseriren müsssen, um an diesen Fällen nicht eingeklemmter Brüche die Radicaloperation ausführen zu können. Beide Fälle heilten übrigens reactionslos.

Nach Reposition des Inhaltes wird der Bruchsack möglichst nahe dem inneren Leistenring im Halstheil abgeschnürt und vor der Ligatur abgetragen. Die nun folgende exacte Naht der Bruchhüllen und Haut ist eine Errungenschaft der neueren Zeit. Dieses Verfahren hat den Fehler, dass die Bruchpforte, ein wichtiger Punkt, unberücksichtigt bleibt. Daher zielen alle neueren Versuche darauf hin, nicht allein den Bruchsackhals möglichst nahe dem Peritoneum zur Verödung zu bringen, sondern auch die Bruchwege — Canal und Pforte — sicher zu schliessen, wobei unter allen Umständen versucht werden soll, den Samenstrang zu erhalten, was durch sorgfältige stumpfe Lösung des Bruchsackes selbst bei angeborenen Hernien wohl meist gelingt. Ist aber der Samenstrang fächerförmig ausgebreitet und gelingt die stumpfe Trennung nicht, so muss man einen Theil des Bruchsackes zurücklassen, indem man parallel den Samenstranggebilden zwei Längsschnitte und über dem Hoden einen Querschnitt führt.

Dieser so gewonnene Theil des proc. vaginalis peritonei kann über dem Hoden umgeklappt, vernäht und zu einer tunica vaginalis propria umgeformt werden.

Neuerdings hat man bei grossen Brüchen den Bruchsack in anderer Weise behandelt. Die stumpfe Lösung grosser Bruchsäcke aus dem Scrotum hat nämlich nicht selten eine Nachblutung und im Anschluss daran eine langwierige Eiterung der im Hodensack gelegenen Bruchhüllen zur Folge, die auch durch Drainage des letzteren durch eine besondere Contraapretur sich nicht immer vermeiden lässt. Diesen Uebelstand kann man umgehen, wenn man den Bruchsack im Halstheil wie üblich isolirt, durchtrennt und den im Scrotum verbleibenden Rest des Bruchsackes mit Jodoformgaze tamponirt, ganz wie bei der Hydrocelenoperation. Allerdings verzichtet man dabei von vornherein auf völlige prima intentio.

Die möglichst hohe Ligatur des Bruchsackes sucht Lucas-Championnière in folgender Weise zu erreichen: Freilegung und Isolirung des Bruchsackhalses hoch oben bis zur trichterförmigen Peritonealeinstülpung, durch starkes Hervorziehen des Brucksackes ermöglicht, Abtragung des Sackes innerhalb des Peritoneum, also noch oberhalb des inneren Leistenringes. Nach Reposition des Stumpfes zieht sich das Bauchfell soweit zurück, dass kein infundibulum mehr nachbleibt. Naht der Bruchpforte und Haut schliessen die Operation.

Ball[4]) hat die Torsion des Bruchsackhalses eingeführt. Er fast den isolirten weit vorgezogenen Bruchsack

[2]) n. Graser. l. c. pag. 261 ff.

[3]) n. Lauenstein. Archiv f. Chirurgie. Bd. 40. pag. 640.

[4]) n. Graser. l. c. pag. 225.

mit einer Balkenzange, torquirt ihn 3—4 mal um seine Längsachse, bis er im Begriff ist einzureissen, unterbindet ihn dann, trägt den Sack vor der Ligatur ab und vernäht die Bruchpforte in der Art, dass er den torquirten Stumpf mit in die Naht hineinnimmt.

Barker[5]) verfährt in der Weise, dass er die Fäden des hoch oben ligirten Bruchsackes mit Nadeln armirt und sie vom inneren Leistenring aus durch die Bauchwand stösst um sie hier zu knüpfen, während der linke Zeigefinger den Stumpf möglichst nach oben drängt.

Macewen[6]) legt den völlig isolirten Bruchsack durch eine dicke Catgutnaht in mehrere Querfalten und führt den so zusammengeballten Propf bis hinter den inneren Leistenring, nachdem hier das Bauchfell stumpf gelockert worden ist. Es soll der Propf zwischen Peritoneum und Bauchwand mit einigen Nähten fixirt und darauf der Leistencanal durch eine Art Matratzennaht geschlossen werden.

Trendelenburg[7]) geht noch einen Schritt weiter und löst von der Symphyse ein Knochenplättchen mit Periost- und Muskelansätzen und implantirt dasselbe durch Nähte in den inneren Leistenring um einen festen organischen Verschluss herbeizuführen. Andere Operateure, wie Nussbaum[8]), Czerny[8]), Schede[8]) spalten den Bruchsack, vernähen den Halstheil mit fortlaufender Tabaksbeutelnaht, wobei Czerny[8]) noch eine Anzahl Nähte an die einander zugekehrten serösen Flächen des Bruchsackes legt und die Pfeiler des äusseren Leistenringes — nach dem Vorgange von Steele — durch eine gekreuzte Miedernaht schliesst.

Küster[9]) ligirt den Bruchsack am inneren Leistenring, trägt ihn ab und schliesst den Leistencanal durch 3—5 Silberdraht- oder Seidennähte, welche über dem eingeführten Finger angelegt werden; dann folgt möglichst exacte mehretagige Naht der Bruchhüllen und der Haut, ohne Drainage.

Eines ausserordentlichen Beifalles erfreut sich die Methode Bassini's[10]). Dieser geht von dem Grundsatze aus, dass die Radicaloperation die Herstellung möglichst physiologischer Verhältnisse bezwecken soll. Da nun der dem Samenstrang folgende Bruchsack den Leistencanal aus einem engen, schräg verlaufenden, Canal in einen weiten, grade von hinten nach vorn verlaufenden verwandelt, den inneren Leistenring, sowie die Schenkel des äusseren weit auseinander drängt, so muss es das Bestreben des Chirurgen sein, den Leistencanal durch Umformung seiner Wandungen und Oeffnungen zur Norm zurückzuführen derart, dass, wie beim Gesunden, die vordere und hintere Wand bei Anprall der Eingeweide sich klappenförmig aneinanderlagern.

Bassini theilt sein Operationsverfahren in 4 Acte: I. Act: Spaltung der Haut über dem Leistencanal, etwa einen Fingerbreit oberhalb des lig. Pouparti entsprechend den inneren 2 Dritteln desselben bis zum Anfang der Scrotalhaut. Bloslegung der Aponeurose des musculus obliq. extern. und des äusseren Leistenringes. II. Act: Nach Spaltung der Aponeurose des obliq. extern. bis zum inneren Leistenring, wird dieselbe in zwei Lappen nach oben und unten abpräparirt und der Bruchsackhals mit dem Samenstrang stumpf aus dem Leistencanal herausgehoben.

[5]) n. König. Lehrbuch der speciellen Chirurgie. 1893. p. 360.
[6]) n. Lauenstein. Arch. f. klin. Chir. Bd. 40. pag. 639.
[7]) Centralbl. f. Chirurgie 1890. (Verhandl. d. deutschen Gesellschaft f. Chirurgie. pag. 61).
[8]) n. Mosetig-Moorhof. Handbuch d. chir. Technik. Th. II. pag. 386. Graser l. c., Haidenthaller. Arch. f. klin. Chir. Bd. 40. pag. 493.
[9]) n. Büngner. Zur Radicaloperation der Hernien. (Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 38. pag. 549.
[10]) Ueber die Behandlung des Leistenbruches. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. 40. pag. 429.

Nach sorgfältiger stumpfer Isolirung dieser beiden Elemente von einander wird der Bruchsackhals möglichst weit vorgezogen und der ganze Bruchsack aus dem Scrotum herausgeschält. Incision des Bruchsackes, Reposition des Inhaltes und Anlegung einer Ligatur um den Bruchsackhals nach Torsion desselben und Abtragung des Bruchsackes vor der Ligatur.

Der Stumpf zieht sich weit zurück ohne eine Einstülpung des Peritoneum zu hinterlassen. III. Act: Der Samenstrang wird nur nach aussen oben geschlagen und durch starkes Abziehen des unteren Lappens der Apon. obliqu. extern. der hintere Rand des Poupartschen Bandes freigelegt. Alsdann werden musc. obliqu. intern, m. transversus und fascia transversa, sowie der äussere Rand der musc. rectus abdom. vom obliq. extern und vom subserösen Fett abpräparirt, bis sie sich dem Poupartschen Bande nähern lassen, um mit dessen hinterem Rande ca. 5—7 Ctm. weit vernäht zu werden. Dadurch wird der innere Leistenring verkleinert, die hintere Wand des Leistencanals wiederhergestellt und der Samenstrang nach aussen gerückt. Im IV. Acte wird der Samenstrang auf die neugebildete hintere Muskelwand zurückgelagert und die Aponeurose des obliqu. extern. über demselben dicht vernäht, einen nur so kleinen Schlitz zwischen den Schenkeln des äusseren Leistenringes offen lassend, dass der Samenstrang frei passiren kann. — Endlich Hautnaht, in der Regel ohne Drainage. Bassini benutzt als Nahtmaterial Seide und legt überall Knopfnäthe an.

So vortrefflich die Resultate der Bassini'schen Operationsmethode auch sind, so glaubt Frank[11]) doch noch einen schwachen Punkt derselben verbessern zu müssen, nämlich die Versorgung des Samenstranges. Derselbe soll, nach Frank's Ansicht, den Leistencanal am besten gar nicht mehr passiren, damit man diesen völlig schliessen könne. Zu diesem Behufe operirt Frank zunächst genau den Vorschriften Bassini's folgend, fügt aber dem 3. Act noch folgendes hinzu: Es wird eine ca. 2 Cm. lange Incision durch das Periost des horizontalen Schambeinastes bis auf den Knochen geführt, das Periost mit den Ansätzen des rectus stumpf abgehoben und mit einem bajonettförmig gekrümmten Hohlmeissel eine Rinne in's os pubis gemeisselt, welche bequem den kleinen Finger aufnimmt. In diese Rinne wird der Samenstrang gelegt und über demselben das Periost durch 2—3 Nähte geschlossen. Lateralwärts liegt der Samenstrang bis hinauf zum inneren Leistenring direct auf dem subserösen Fett und die ganze muskulös-aponeurotische Bauchwand wird über resp. vor dem Samenstrang mit dem Poupart'schen Bande vernäht. Frank will auf diese Weise den Samenstrang ganz aus dem Leistencanal verbannen und letzteren vollständig zur Obliteration bringen.

Es lässt sich nicht leugnen, dass diese Methode etwas sehr bestechendes hat, nur wird die Zukunft lehren müssen, ob nicht durch Callusbildung im neugebildeten Canal der Samenstrang comprimirt werden kann. Frank hat in seinen 32 bisher publicirten Fällen diese Eventualität nicht erlebt, und kann bisher nur Günstiges berichten. Auch meinen beiden Fällen, die ich nach Frank operirt, lässt das Endresultat nichts zu wünschen übrig.

Gleichzeitig mit Frank hat Wölfler[12]) neuerdings vorgeschlagen den Hoden durch den Spalt zwischen den musc. recti abd. hindurch ins Scäotum zurückzulagern. Im Uebrigen ähnelt sein Verfahren demjenigen Bassinis, nur näht Wölfler die Muskelschichten einzeln, je nach dem Grade ihrer Spannung an's Poupart'sche Band. Den Bruchsack versorgt er durch Czernysche Nähte im Hals-

[11]) Ueber die Radicaloperation von Leistenhernien. Wien, Safar. 1893.
[12]) n. Frank l. c. und Büngner l. c.

theil und Verschorfung der serösen Flächen mit dem Paquelin.

Alle diese, die Spaltung des Leistencanals voraussetzenden Methoden haben sich bewährt, so lange die Operationswunde per primam intentionem heilt, wenn aber Eiterung eintritt, — ein Ereigniss, das leider nicht zu den Seltenheiten gehört — so wird statt der erstrebten muskulös-aponeurotischen Wand, eine anfangs zwar derbe, später aber allmählich erschlaffende Narbe erzielt, die mit der Zeit nachgiebig wird und einem Recidiv Vorschub leisten kann. Diese Erfahrung hat Kocher[13]) veranlasst sowohl die bisher gangbaren Methoden als auch seine eigene «tiefe Kanalnaht» zu verlassen und die sogen. «Verlagerungsmethode» d. h. die Verlagerung des Bruchsackhalses in folgender Weise zu üben:

Hautschnitt einen Fingerbreit über dem Poupartschen Bande, parallel den inneren 2 Dritteln bis zum Ansatz des scrotum. Nach Freilegung der Aponeurose des obliq. extern. wurden die den Bruchsack deckenden Hüllen, namentlich cremaster und fascia infundibiliformis oder transversa vom äusseren Leistenring aus sorgfältig gespalten und der Bruchsackhalsstumpf von den Gebilden des Samenstranges möglichst sauber isolirt. Es folgt die Ausstülpung des Bruchsackes aus dem Scrotum, die bei acquirirten Hernien meist ohne Schwierigkeiten gelingt.

Bei offenem proc. vaginalis muss man das zur Schonung des Samenstranges und zur Bildung einer tunic. propr. nöthig Stück reseciren. Die weitere Behandlung des Bruchsackes ist das Originelle des Kocher'schen Verfahrens: Nachdem der Bruchsack, namentlich der Halstheil, bis zum inneren Leistenring isolirt und der Inhalt reponirt worden ist, macht man lateralwärts vom inneren Leistenring eine kleine Incision in die Aponeurose des obliq. extern., führt darauf eine schlanke Kornzange durch diesen Schlitz, den obliqu. intern. durchbohrend, entlang der vorderen Wand des Leistencanals durch diesen hindurch bis vor die äussere Bruchpforte, erfasst dort den Grund des Bruchsacks und zieht den gesammten Bruchsack entlang dem Leistencanal durch die künstliche Oeffnung bis vor die vordere Bauchwand.

Während nun nach der neuesten Modification der Verlagerungsmethode ein Assistent den Bruchsack in der Richtung zur spina anterior superior. stark anzieht, wird der Bruchsackhals an der Durchtrittsstelle durch den Muskelschlitz durch eine Naht fixirt, welche obliq. extern. int., und Bruchsack auf einmal fasst. Dadurch wird der Bruchsack geschlossen und das Peritoneum lateralwärts gespannt, so dass das infundibulum verstreicht. Zwei weitere Nähte befestigen in derselben Weise das lateralwärts gelegene Stück des Halses, worauf der Bruchsack abgetragen wird. Es folgen medialwärts noch 3—4 tiefe, den ganzen Leistencanal, unter Schonung des Samenstranges umgreifende Nähte bis zu den Schenkeln des äusseren Leistenringes, welche so weit vereinigt werden, dass grade noch der Samenstrang passiren kann. Hautnaht — und bei grösseren Brüchen — Glasdrainage schliessen die Operation.

Bei den Radicaloperationen äusserer Leistenbrüche bei Kindern hält Karewski[14]) den Verschluss des Leistencanals für überflüssig, weil erfahrungsgemäss schon durch einen directen Druck auf der Bruchpforte oft Heilung eintritt. Daher vereinfacht Karewski das Verfahren folgendermaassen: Nach Freilegung und Isolirung des Bruchsackes, Incision desselben und Reposition des Inhaltes, wird der Hals torquirt, der Bruchsack abgeschnitten und der Stumpf versenkt, ohne besonders fixirt zu werden. Nun wird der Leistencanal bis zum inneren Leistenring mit Jodoformgaze tamponirt, die Haut wurde durch Nähte geschlossen und am medialen Wundwinkel der Jodoformgazestreifen herausgeleitet. Der Tampon wird am zweiten Tage durch ein kurzes Drainrohr ersetzt, welches am 5. Tage entfernt wird. Meist tritt in ca. 10 Tagen complete Heilung ein. Selbst bei 5 Kindern die bei bestehendem Keuchhusten operirt wurden, genügte dieser einfache Verschluss.

Broca[15]) dagegen, dem eine grosse Erfahrung aus dem Trousseau'schen Kinderspital zur Seite steht, vernäht auch bei kleinsten Kindern stets den Leistencanal mit 2—3 Nähten schliesst die Hautwunde mit Silkworm vollständig und legt einen dicken Gazeverband an.

Aus der grossen Zahl der verschiedenen Operationsverfahren habe ich nur die wichtigsten hervorgehoben. Ein jeder Autor will mit seiner Methode gute Resultate erzielt haben und hat Nachahmer gefunden, welche gleich Gutes berichten. Viele Wege führen nach Rom und so wird ja auch der Leistenbruch nach mehr als einer Methode gefahrlos und erfolgreich operirt werden können.

Gerade aber in Bezug auf Gefahrlosigkeit und Sicherheit, verbunden mit dem Vorzug der Einfachheit scheint mir Kocher's modificirte Verlagerungsmethode obenan zu stehn. Allerdings ist das Material noch nicht gross. Es sind bisher 29 Fälle von Beresowsky[16]) und 5 von Karewski veröffentlicht worden, denen ich noch 12 eigene hinzufügen kann. Freilich hat auch das Kocher'sche Verfahren gewisse Nachtheile: nämlich die relativ häufig beobachtete locale Eiterung in Folge von Stumpf- oder Fascienecrose. Kocher hat sie 2 mal beobachtet, ich habe in einem Falle die Ausstossung des ganzen Stumpfes, in einem zweiten eine mässige locale Eiterung und in zwei weiteren Fällen die Bildung eines flectuirten Heerdes erlebt, der spontan, ohne Fieberbewegungen resorbirt wurde. Der Enderfolg und der ist der Vortheil der Kocher'schen Methode — hat aber in keinem Falle unter der Eiterung gelitten. In allen Fällen ist ein Recidiv ausgeblieben, auch in den unsrigen. Und wenn Kocher selbst seine Methode nur bei kleinen Brüchen anwenden will, so glaube ich, auch in der Grösse keine Contraindication sehn zu müssen, da es mir nicht nothwendig erscheint, den ganzen Bruchsack durch die künstliche Oeffnung zu ziehen. In den letzten 3 Fällen, die ich nach Kocher operirte, habe ich den Bruchsack zuerst abgetragen, den Stumpf mit der Kornzange gefasst und allein verlagert. In kommenden Fällen werde ich nach Reposition des Inhalts den Hals mit der Kornzange fassen, den Sack abtragen und dann den Stumpf nach Kocher versorgen.

Die Radicaloperation der directen oder inneren Leistenbrüche weicht insofern von den oben beschriebenen Methoden ab, als in der Regel die Brüche klein sind, einen breiten Hals besitzen und — das ist das wichtigste — weder bestimmten Organen bei ihrem Austritt folgen, noch an einen anatomisch vorgebildeten Canal gebunden sind. Daher beschränkt sich die Radicaloperation auf möglichst hohe Freilegung des Bruchsackhalses, Ligatur desselben und exacte Etagennaht der Weichtheile. Hier besonders ist als Verschluss der Bruchpforte die Polsterbildung Macewens am Platze. Bei grossen Hernien kann man genöthigt sein, die epigastrischen Gefässe, nach dem Vorgang Bassinis, doppelt zu unterbinden um den Halstheil lateralwärts genügend freilegen und daselbst unterbinden zu können.

Beim Leistenbruch des Weibes liegen die Verhältnisse viel einfacher. Das ligamentum rotundum kann, nach Versorgung des Bruchsackes exstirpirt und der

[13]) Chirurg. Operationslehre. 1894. pag. 157 und Arch. für klin. Chirurgie. Bd. 50. pag. 170.

[14]) Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters. 1894. pag. 536 u. Deutsche med. Wochenschr. 1894. pag. 839

[15]) G. Gordon. Deutsche med. Wochenschr. 811.

[16]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 40. pag. 295.

gesammte Leistencanal durch tiefe Nähte vollständig geschlossen werden.

Die Radicaloperation der Schenkelbrüche ist bei weitem seltener an freien Hernien ausgeführt worden, erstens weil sie an und für sich seltener, namentlich aber an Männern aus der arbeitenden Classe seltener beobachtet werden, zweitens weil man erfahrungsgemäss weiss, dass schon der einfache Bruchschnitt oft zur Heilung führt, endlich drittens, weil die anatomischen Verhältnisse des Schenkelcanals in Bezug auf radicale Operationsverfahren ungünstiger liegen als beim Leistenbruch. Man hat sich daher damit begnügt nach hoher Ligatur des Bruchsackes durch eine das lig. Pouparti und fascia pectinea fassende Naht den Schenkelring zu schliessen, nachdem man auf Vorschlag Socins[17]) vorher Lymphdrüsen und Fettgewebe aus dem Schenkelcanal möglichst entfernt hat. Als Nahtmaterial empfiehlt Schede grade bei Schenkelbrüchen besonders warm den Silberdraht und will seit dessen Anwendung bedeutend bessere Dauerresultate erzielt haben.

Berger[18]) schliesst den Schenkelkanal in jedem Falle nach Fixation des Bruchsackstumpfes am Poupartschen Bande durch 3—4 Matratzennähte die lig. Pouparti und die Adductoren-fascie mitfassen und hofft dabei auf Verwachsung dieser beiden Gewebsschichten. Macewen schliesst den Schenkelring analog dem Leistenring durch den zusammengefaltenen Bruchsack, den er innen am Schenkelring fixirt, wobei er nöthigenfalls den processus falciformis mit dem Ligam. Gimbernati vereinigt. Salzer empfiehlt für die Schenkelbrüche mit grosser Bruchpforte nach Reposition des Bruchsackstumpfes einen plastischen Verschluss, den er in der Weise ausführt, dass ein kurzer, breiter Lappen, mit der Basis am pecten pubis, mit der Convexität nach unten aus der fascia pectinea umschnitten, nach oben umgeschlagen und mit dem Liq. Pouparti vernäht wird.

Die einfachste und zweckentsprechendste Radicaloperation scheint mir aber wiederum die Kocher'sche Verlagerung zu sein, die sich bisher auch gut bewährt hat. (Kocher 4 Fälle, eigene Beob. 1 Fall.)

Nach Isolirung und Entleerung des Bruchsackes wird derselbe durch einen Schlitz gezogen, welcher künstlich am lateralen Schenkel des äusseren Leistenringes angelegt wird. Die ihn daselbst fixirenden Nähte umfassen Liq. Pouparti, Bruchsack und fascia pectinea. Der Bruchsack wird vor den Nähten abgetragen — Bei grosser Bruchpforte erscheint es mir zweckmässig dieser Verlagerung nach die Salzer'sche Plastik hinzuzufügen.

Endlich erübrigt es noch die Radicaloperation der Nabel- und Bauchbrüche zu besprechen. Während man sich früher damit begnügte nach Reposition des Inhalts den Bruchsack zu versenken oder auch vor einer Ligatur abzutragen, und die Bruchpforte sowie die Weichtheile zu vernähen, hat man in letzter Zeit die Anfrischung der Bruchpforte sowie die Weichtheile zu vernähen, hat man in letzter Zeit die Anfrischung der Bruchpforte, resp. die musculi recti hinzugefügt. Die einfache Vernähung hat zu wenig Garantie gegen Recidive, Gersuny[19]) schlug daher vor, nach Vernähung der Bruchpforte die Fascienscheide der recti zu schlitzen und die freien Ränder der Muskeln direct durch die Naht zu vereinigen und darüber Fascien und Bauchhaut zu schliessen. Keen[20]), Condamin[21]), Ostermayer[22]), Bruns[23]), Zoege[24]) und Andere haben, namentlich bei grösseren Nabelbrüchen den ganzen Nabelring mit sammt dem Bruchsack excidirt und damit nicht allein die Bruchpforte sondern auch die Muskeln und Fascien angefrischt. Von der Wunde aus lassen sich etwaige Adhäsionen gut lösen resp. reseciren. Die Vernähung erfolgt in 3 Etagen-Peritoneum, Muskel-Fascienschicht, Unterhaut und Haut— so dass keinerlei Buchten und Hohlräume entstehen, die Wundverhältnisse also denkbar günstig sind. Dementsprechend ist auch der Wundverlauf nach dieser — Omphalectomie genannten — Operatien meist ein sehr günstiger.

Ich habe dieselbe — ebenfalls unabhängig von den Autoren — sowohl an Erwachsenen als auch an ganz kleinen Kindern mit günstigem Erfolg ausgeführt und bisher kein Recidiv erlebt. — Ganz in derselben Weise wie die Nabelbrüche müssen auch alle anderen Bauchbrüche operirt werden. Auch hier kommt alles drauf an, sämmtliche Schichten anzufrischen und sie womöglich in mehreren Etagen exact wieder zu vereinigen.

In Betreff der Nachbehandlung gehen die Ansichten noch auseinander. Der eine Autor vernäht vollständig, der andere drainirt, ein dritter tamponirt — dem entsprechend wird einmal ein einfacher Jodoformcollodiumstreifen genügen, ein anderes Mal ein Dauerverband, ein drittes Mal ein täglich zu wechselnder Verband angelegt werden müssen. — Auch die Bettruhe wird verschieden lang bemessen. Kocher entlässt seine Kranken am 10. Tage aus der Klinik, Macewen verordnet ihnen 6-wöchentliche Bettruhe. Das sind Dinge, die theils von den Wundverhältnissen theils wohl auch von der Gewohnheit des einzelnen Operateurs abhängen. Nur in einem Punkte scheint man sich neuerdings zu einigen: Das Bruchband welches man früher in jedem Falle nach gelungener Radicaloperation als Schutzmittel gegen Recidive empfahl, wird wohl jetzt allgemein verworfen, seit man aus Andereggs[25]) und vieler Anderer Statistiken gelernt hat, dass gerade das Tragen eines Bruchbandes die Narbe schlaffer und nachgiebiger macht und diejenigen Operirten die besten Resultate aufweisen, die kein Bruchband mehr trugen.

Die grosse Zahl der verschiedenen Operationsmethoden ist an sich schon ein Beweis, dass nicht jede Alles zu leisten vermag, was man billigerweise von einer Radicalbehandlung verlangt. Es hat aber den Anschein, als ob die neueren Methoden bedeutend bessere Resultate ergeben. So schwankte die Mortalität bei nicht incarcerirten Hernien, die auch nicht durch ausgedehnte Netz- oder Darmresectionen complicirt waren, noch bis zum Jahr 1887 zwischen 2 und 11,5 %, während sie jetzt bei fast allen Operateuren gleich Null ist. Es haben beispielsweise Macewen auf 82, Kocher auf 220, Bassini auf 239 und Broca auf 250 Radicaloperationen, keinen einzigen Todesfall zu beklagen gehabt. Diese Zahlen halte ich für beweisend: Die Radicaloperation eines nicht eingeklemmten Bruches ist meiner Ueberzeugung nach, heutzutage ein ungfährlicher Eingriff.

Das allein genügt aber nicht. Der Kranke will nicht nur am Leben, er will auf Dauer geheilt bleiben. Wie steht es nun mit den Endresultaten? und speciell beim Leistenbruch? Während Czerny 1874 30—40 % rechnete konnte er 1891 nur noch 17,8 % angeben. Schede rechnet jetzt 10 %, Kocher 8,6 %, Küster 6 %, Wölfler 5, Bassini 3, Macewen 0,6 und endlich Kocher nach seiner neuesten Methode 0 % Recidive. Natürlich bedürfen diese 100 % Heilungen noch des Beweises, da weder die Zahl der Beobachtungen noch die

[17]) n. Salzer: Ein Vorschlag zur Radikalheilung grosser Cruralhernien. Centralbl. f. Chirurg, 1892 pag. 665 ff.
[18]) n. Salzer l. c.
[19]) Eine Methode der Radicaloperation grosser Nabelhernien. C. f. Ch. 1893. pag. 921.
[20]) C. f. Chir. 1894. pag. 2.
[21]) C. f. Chir. 1892. pag. 1082.
[22]) C. f. Chir. 1894. pag. 97.
[23]) Die Omphalectomie etc. C, f. Chir 1894. pag. 1.
[24]) St. Petersburger med. Wochenschr. 1895. pag. 257.
[25]) Die Radicaloperation der Hernien. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Band 24. pag. 207.

Beobachtungszeit bisher ausweichend genannt werden kann. Immerhin muss heute schon als feststehend gelten, dass die zwei Hauptpostulata einer Radicaloperation so gut wie erfüllt sind: die Ungefährlichkeit und die Sicherheit des Erfolges. Dem entsprechend hat sich auch die Frage nach der Indicationsstellung wesentlich geändert. Als unbedingte Indication zur Operation sollte heutzutage jede irreponible oder incoercible Hernie gelten, die schon einmal Incarcerationserscheinungen gemacht hat. Indicirt ist die Radicaloperation fernerhin bei

1) jedem freien Bruche, der sich durch ein Bruchband entweder ungenügend, oder nur in einer Weise zurückhalten lässt, die dem Träger Beschwerden verursacht.

2) Bei Erwachsenen und jugendlichen Individuen namentlich der arbeitenden Bevölkerungsklasse die die Kosten für die stets zu erneuernden Bandagen nicht tragen können;

3) Nach den neuesten Erfahrungen auch entschieden im Kindesalter und zwar um so eher, je grösser der Bruch ist.

4) Endlich kann auch der Wunsch des Patienten auf operativem Wege geheilt und vom lästigen Bruchband befreit zu werden, als Indication gelten.

Contraindicirt ist die Operation nur bei über grossen Hernien, deren Inhalt die Bauchhöhle sicherlich nicht mehr beherbergen kann, so wie bei solchen Erkrankungen lebenswichtiger Organe, die an und für sich jeden Eingiff verbieten.

Die günstigsten Resultate erzielt man bei kleinen, freien, relativ frischen Brüchen im jugendlichen Alter, deren Inhalt nicht verwachsen und deren Bruchwege noch enge sind. Je weiter dieselben, je mehr Adhäsionen im Bruchinhalt, je fester die Verwachsungen zwischen Bruchsack und Bruchhüllen, je grösser und älter überhaupt der Bruch, desto schwieriger die Technik und desto geringer die Chancen der Radicalheilung. — Welche Methode der Radicaloperation sich als die beste herausstellen wird, lässt sich zur Zeit noch nicht entscheiden, doch verdient meines Erachtens beim Nabelbruch die Condamin'sche Omphalectomie beim Schenkelbruch die Kocher-Salzer'sche und beim inneren Leistenbruch der Macewen-sche den Vorzug. Bei der Behandlung des äusseren Leistenbruches leistet in Bezug auf Einfachheit und Schnelligkeit der Ausführung die Kocher'sche Verlagerungsmethode das beste, betreffs der Endresultate möchte ich nochmals — ohne mancher anderen Methode zu nahe treten wollen — als die bewährtesten diejenigen von Macewen, Frank, Bassini und Kocher empfehlen. Und sollten sich die bisher publicirten Endresultate genannter Autoren auch in Zukunft als bleibend und stets erreichbar herausstellen, so zweifle ich nicht daran, dass das Publikum, insbesondere das ärmere, seine Einwilligung zur Radicaloperation freier Hernien, mit derselben Bereitwilligung geben wird wie zur Anlegung eines Bruchbandes.

Referate.

Prof. W. Uhthoff (Marburg). Untersuchungen über die bei der Syphilis des Centralnervensystems vorkommenden Augenstörungen. II. (klinischer Theil.) 1 und 2 Hälfte mit 3 Tafeln. (A. v. Graefe's Arch. f. Ophthalmol. XXXIX. 3 und LX. 1.) Fortsetzung und Schluss des Referates (cfr. diese Wochenschrift 1894. S. 385 und 1895 S. 316.)

Die klinische Erscheinungsweise der Sehstörung.

Unter den 100 der Arbeit zu Grunde liegenden Fällen von Hirnsyphilis mit Augenstörungen finden sich 37 mal genauere Angaben über Anomalien des Gesichtsfeldes, und zwar:

1. Hemianopsien: homonyme: 11 mal;
temporale: 6 mal;
2. Concentrische Einengung: 5 mal;
3. Erhalten-Bleiben nur eines peripher excentrisch gelegenen Gesichtsfeld-Abschnittes (in Form eines Keils oder eines Segments): 4 mal;
4. Centrale Scotome bei freier Peripherie: 4 mal;
5. Vergrösserung des blinden Flecks: 7 mal:

Die Hemianopsieen nehmen also den ersten Platz unter den Gesichtsfeld-Anomalien bei Hirnsyphilis ein, und zwar sind ca. ²/₃ derselben homonyme und ¹/₃ temporale. Als Ursache für die homonyme Hemianopsie konnte verhältnissmässig oft (4 mal) eine basal gelegene Ursache angenommen werden (wegen Mitbetheiligung multipler Hirn- und besonders Augenmuskelnerven); 2 mal schloss sich an die homonyme Hemianopsie ein Verfall auch der beiden restirenden Gesichtsfeld-Hälften, durch Uebergreifen des Processes von dem einen Tractus opticus auf das Chiasma. Die übrigen (7.) Fälle von homonymer Hemianopsie documentirten sich schon durch ihre ganzen Begleiterscheinungen als nicht basaler Natur. Die basal bedingten homonymen Hemianopsien (Tractus-Affectionen) führten durchweg nach einiger Zeit zu ophthalmoskop. sichtbaren atrophischen Veränderungen der Papillen, während das bei den nicht basal bedingten, deren Ursache weiter centralwärts gesucht werden musste, durchweg nicht der Fall war. Ein positiver ophthalmoskop. Befund (atrophische Abblassung der Papillen) an homonymer Hemianopsie legt also von vorn herein den Verdacht eines basalen Ursprungs derselben nahe. Die temporale heteronyme Hemianopsie wurde nur in 6 Fällen beobachtet; sie ist überhaupt die viel seltenere Form der Hemianopsie, wird aber relativ häufiger durch Hirnsyphilis bedingt als die homonyme. Von den homonymen Hemianopsien lassen sich — bei Berücksichtigung des in der Literatur niedergelegten Materials — ca 10% auf Syphilis zurückführen, von den temporalen ca. 20%. Wie bei der basalen homonymen so stellen sich auch bei der temporalen Hemianopsie in der Regel ophthalmoskop. Veränderungen an den Papillen (atrophische Abblassung oder Neuritis) ein. Die übrigen hier angeführten Störungen des Gesichtsfeldes: concentrische Einengung, Erhaltenbleiben einzelner Sectoren oder Segmente, centrale Scotome, welche alle sowohl bei gleichzeitigem Bestehen ophthalmoskop. Veränderungen als auch ohne solche beobachtet wurden, wiesen stets auf eine directe Affection der Opticus-Stämme (Neuritis, Perineuritis) hin. Dass ein centrales Scotom dabei am seltensten zu Stand kam, ist aus der geschützten Lage des papillo-maculären Faserbündels in der Axe des Sehnerven-Stammes verständlich. Vergrösserung des blinden Flecks wurde in einer Reihe von Fällen bei gleichzeitiger Stauungspapille constatirt. Auf die zahlreichen, ausführlich mitgetheilten Krankheitsgeschichten, welche die einzelnen hier besprochenen Gesichtsfeld-Anomalien illustriren, kann im Referat nicht eingegangen werden. Die aus der Literatur gesammelten und zum Vergleich herangezogenen 150 Sectionsbefunde von Hirnsyphilis mit Augenstörungen ergaben dem Verf. in Bezug auf Störungen des Gesichtfeldes eine nur sehr geringe Ausbeute. Offenbar ist dem Verhalten des Gesichtsfeldes von Seiten der Autoren nicht immer die gebührende Aufmerksamkeit zugewandt worden.

In Bezug auf die differential-diagnostische Verwerthung der Sehstörungen bei Hirnsyphilis hebt Verf. folgende Punkte hervor.

Die Sehstörung bei Hirnsyphilis unterscheidet sich von derjenigen bei Tabes oder progressiver Paralyse:

1) Durch die Seltenheit doppelseitiger, andauernder absoluter Amaurose. 2) Durch die Art der Gesichtsfeld-Störung (Vorwalten der Hemianopsien), 3) durch ihre häufige Einseitigkeit 4) ihre Rückbildungsfähigkeit und Schwankungen in ihrem Verlaufe 5) durch die häufige Complication mit Functionsstörungen im Gebiete anderer basalen Hirnnerven 6) durch den häufiger negativen ophthalmoskop. Befund. Von der primären retrobulbären Neuritis unterscheidet sich die durch Hirnsyphilis bedingte retrobulbäre Erkrankung der Sehnerven durch die Seltenheit centraler Scotome. Mehr Aehnlichkeit kann die Sehstörung bei Hirnsyphilis mit derjenigen bei der disseminirten Herdsklerose darbieten, doch pflegen bei letzterer die Sehstörungen weniger hochgradig, die ophthalmoskop. Veränderungen ausgesprochener zu sein als bei Hirnsyphilis. Hemianopsie ist bei ihr sehr selten, ebenso das ophthalmoskop. Bild der Neuritis; ausserdem werden die so ganz verschiedenen Begleiterscheinungen die beiden in Rede stehenden Zustände wohl immer unterscheiden lassen.

Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen im Bereiche der Augen.

Es ist allgemein anerkannt, dass die Bewegungsnerven und der sensible Nerv des Auges bei der Hirnsyphilis unverhältnissmässig oft, namentlich im Vergleich zu den hintern Hirnnerven, ergriffen werden. Im Allgemeinen herrscht die Anschauung, dass die Augenmuskel-Lähmungen erst den

späteren Stadien der Syphilis angehören: im Grossen und Ganzen ist das auch richtig; doch können die syphilitische Erkrankung des Centralnervensystems sowohl wie auch die von ihr abhängigen Augenmuskel-Lähmungen unter Umständen schon sehr früh auftreten.

In den 100 Fällen von Hirnsyphilis, welche dieser Arbeit zu Grunde gelegt sind, waren betroffen:

1. Oculomotorius 34 mal (15 mal doppelseitig, 15 mal einseitig, 4 mal einseitig mit gekreuzter Hemiplegie.)

2. Abducens 16 mal (11 mal doppelseitig, 4 mal einseitig, 1 mal einseitig mit gekreuzter Hemiplegie.)

3. Trochlearis 6 mal (1 mal doppelseitig, 4 mal einseitig.)

4 Trigeminus 15 mal (stets einseitig.)

In Betreff der Oculomotorius-Lähmung stimmen diese Daten mit den aus der Literatur genommenen und im ersten (anatomischen) Theile der Arbeit angeführten überein, sowohl was die Häufigkeit der Affection überhaupt (ca. 1/3 der Fälle), als auch was das Verhältniss der einseitigen Lähmungen zu den doppelseitigen anlangt.

Die doppelseitige Oculomotorius-Lähmung war stets durch basale gummöse Processe, und zwar im Raum zwischen den Hirnschenkeln, an der Austrittsstelle der Oculomotorii aus dem Hirn, bedingt. In der Mehrzahl der Fälle waren auch noch andere basale Nerven, besonders die optischen Bahnen (Hemianopsie!) nächstdem die NN. abducentes, trochleares, trigemini, seltener die NN. olfactorii und faciales, am seltensten die 5 letzten Hirnnerven mitbetheiligt. Die Fälle, in denen doppelseitige Oculomotoriuslähmung allein, ohne anderweitige basale Lähmungen bestand, bilden die Ausnahme. Auffallend ist es, dass auch diese basalen Oculomotorius-Lähmungen nicht immer complet zu sein brauchen sondern manchmal in Form partieller symmetrischer Paresen einzelner Zweige auftreten und so als nucleär oder associirt imponiren können. Die einseitigen Lähmungen verhieleten sich in Bezug auf Sitz der Affection, Complicationen seitens anderer Nerven und Vertheilung der Lähmung auf die einzelnen Zweige des Oculomotorius analog der doppelseitigen. Einseitige Oculomotorius-Lähmung mit gekreuzter Hemiplegie kam 4 mal zur Beobachtung; 3 mal lag die Ursache in der Gegend des Austrittes des Oculomotorius am Hirnschenkel resp. am Pons. Nur einmal wies die Section zwei verschieden localisirte Herde nach, jedenfalls ein seltenes Vorkommniss. Von Complicationen waren hier Affectionen der optischen Bahnen seltener, solche des Trigeminus etwas häufiger vorhanden als bei den übrigen Oculomotorius-Lähmungen, was sich aus der Localisation des Processes in solchen Fällen erklärt. Zum Schluss stellt Verf. die Befunde am Oculomotorius sowohl aus seinem eigenen Material wie auch aus der Literatur (im ganzen 90 Fälle von 250 Fällen cerebraler Lues) in einer Tabelle zusammen. Auf Grund des gesammten Materials werden demnach die isolirte Ptosis und die isolirte Ophthalmoplegia interna (Lähmung des Sphincter und der Accomodation) einer Besprechung unterzogen: erstere ist in der Regel als nucleär oder fasciculär anzusehen, kann aber ausnahmsweise auch basalen Ursprungs sein, letztere ist immer nucleär oder fasciculär, bei der eigentlichen Hirnsyphilis aber seltener als bei Tabes und progressiver Paralyse, oder auch ganz isolirt auf syphilitischem Boden auftretend.

Unter den Abducens-Lähmungen fällt die verhältnissmässig grosse Zahl der doppelseitigen auf; dieselben sind durchweg als basale anzusehen, worauf auch Complicationen seitens anderer Hirnnerven hinweisen. Dasselbe gilt von der einseitigen Lähmung; eine solche combinirt mit gekreuzter Hemiplegie ist recht selten und war in allen bekannten Fällen auf eine Affection des Pons zurückzuführen. Relativ häufig war denn auch der Facialis (derselben oder auch der entgegengesetzten Seite) mit betroffen. Isolirte Abducens-Lähmung ist bei Hirnsyphilis sehr selten. Die Trochlearis-Lähmung wurde weit seltener als diejenige der erstgenannten Nerven beobachtet; war immer basalen Ursprungs und trat niemals isolirt auf. Die Affection des Trigeminus war stets einseitig und zwar immer durch basale Processe bedingt. Von Complicationen seitens anderer basaler Nerven waren am häufigsten Affectionen der optischen Leitungsbahnen, Lähmungen des Facialis, Oculomotorius, Abducens, seltener solche des Trochlearis, Acusticus und Olfactorius. In den Fällen, wo gleichzeitig Hemiplegie, und zwar derselben Seite, vorhanden war, handelte es sich nicht um einen, sondern um mehrere Herde. Mit diesen Beobachtungen stimmen auch die Angaben in der Literatur überein. Sehr selten ist bei Hirnsyphilis der Trigeminus der einzige betroffene Hirnnerv. Selten ist auch Trigeminus-Lähmung mit gekreuzter Hemiplegie; ein solches Bild ist dann immer auf Affection des Pons zurückzuführen. Es folgen noch einige Angaben über die Häufigkeit und die Entstehungsweise einer Keratitis neuroparalytica bei Lähmung des Trigeminus auf Grund von Hirnsyphilis.

Nystagmus und nystagmusartige Zuckungen der Augenmuskeln wurden bei Hirnsyphilis relativ sehr selten beobachtet und gestatten, wo sie vorhanden sind keineswegs einen Schluss auf den Sitz der Erkrankung.

Conjugirte Abweichung der Augen war gleichfalls ein sehr seltenes Vorkommniss bei Hirnsyphilis; die wenigen zur Section gekommenen Fälle bestätigen den Satz, dass die Abweichung nach der Seite des Herdes erfolgt, wenn das Grosshirn erkrankt und Sitz einer Lähmungsursache der entgegengesetzten Körperhälfte ist, und dass die Abweichung nach entgegengesetzter Richtung statt hat, wenn eine Erkrankung des Mittelhirns die Körperlähmung der entgegengesetzten Seite hervorgerufen hat.

Pathologische Erscheinungen von Seiten der Pupillen. Es wurden beobachtet: 1) reflectorische Pupillenstarre (Fehlen der Reaction auf Licht) bei erhaltener Convergenz-Reaction: bei Hirnsyphilis viel seltener als bei Tabes und progressiver Paralyse aber doch häufiger als bei anderen Hirnkrankheiten. 2) Fehlen der Reaction auf Licht und auf Convergenz (selten) 3) Hemianopische Pupillenreaction (nur 1 mal sicher constatirt, überhaupt sehr schwer nachzuweisen; 4) Hippus (wechselnde Contractionen der Pupille, unabhängig von Beleuchtung, Accomodation und Augenbewegung) wurde auch nur 1 mal gesehen. Das aus der Literatur gesammelte Material ist zu einem Vergleiche mit diesen Ergebnissen nicht geeignet, weil dort die Angaben in Betreff der Pupillensymptome meist unzureichend sind.

Den Schluss der ganzen Arbeit bilden noch einige Bemerkungen über die Augenstörungen bei hereditärer Lues, bei Syphilis des Rückenmarkes etc. Das beigefügte Literatur-Verzeichniss enthält ca. 275 Nummern.

Die Wichtigkeit des Gegenstandes und der Umfang dieses gediegenen Werkes mögen die Ausführlichkeit des Referates entschuldigen! **Blessig.**

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Paul Börner's Reichs-Medicinalkalender für Deutschland auf das Jahr 1896. Herausgegeben von Prof. Dr. Eulenburg und Dr. Jul. Schwalbe. Leipzig Verlag von G. Thieme. Theil I. nebst Beiheft.

Der treffliche und beliebte Börner'sche Medicinalkalender, welcher seit dem vorigen Jahr von den gegenwärtigen Redacteuren der Deutschen med. Wochenschrift, Prof. Dr. Eulenberg und Dr. J. Schwalbe, herausgegeben wird, ist auch in seinem neuen Jahrgange in Form und Inhalt derartig ausgestattet, dass er zu den alten Freunden eine stattliche Anzahl neuer erwerben dürfte. Ausser dem Calendarium und Tagesnotizbuch enthält derselbe zur schnellen Orientirung in der Praxis zahlreiche wichtige Auskünfte für den Arzt, unter denen wir die trefflich bearbeiteten Kapitel «Erste Hülfeleistung bei plötzlichen und bedrohlichen Erkrankungen» von Dr. J. Schwalbe, «Scheintod und erste Mittel bei plötzlichen Verunglückungen» von Prof. Guttstadt und «Charakteristik der Bade- und Curorte» von Dr. Beetz besonders hervorheben. In dem 170 Seiten starken Beihefte sind 10 instructive kurzgefasste Essay's untergebracht, von denen die «Kurze Anleitung zur Sachverständigen-Thätigkeit des Arztes in der Kranken-, Unfall-, Invaliditäts- und Altersgesetzgebung» von Dr. J. Thiersch besondere Aufmerksamkeit verdient, da in letzter Zeit auch bei uns die Unfall- und Invaliditätsversicherung immer mehr Eingang findet und der praktische Arzt jederzeit in die Lage kommen kann, ein sachverständiges Gutachten bei Unfällen etc. abzugeben. Der Anleitung zur Ausstellung von derartigen ärztlichen Gutachten sind auch einige Beispiele solcher Gutachten in freier Form beigefügt. Für Abnehmer dieses Reichs-Medicinalkalenders werden auch Prof. Guttstadt's «Deutschlands Gesundheitswesen» (2 Th.) zum Vorzugspreise von 6 Mark (statt 10), sowie eine Sammlung von «Abhandlungen über wichtige Kapitel aus der med. Praxis» für eine Mark geliefert.

Druck und Ausstattung (Ledereinband mit Verschlussklappe) lassen nichts zu wünschen übrig.

Den II. Theil, welcher gewöhnlich später erscheint, werden wir, sobald er uns zugegangen, besprechen.

Bernhoff.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte

595 Sitzung am 31. October 1895.

Vorsitzender: Herr Moritz; Secretär: W. Beckmann.

1. Herr Germann zeigt eine Patientin, welcher er ein grosses Leucom der Hornhaut in besonderer

Weise mit chinesischer Touche tätovirt hat. Ein Knabe war von einem Mitschüler durch eine in Tinte getauchte Stahlfeder der Art am Auge verletzt worden, dass auf der Hornhaut ein schön schwarzes Dreieck — entsprechend der Spitze der Feder — zu sehen war. Dieser Fall regte den Gedanken an, bei der Tätovirung von Hornhautflecken eine flächenhafte Application des Farbstoffes zu versuchen, statt der bisherigen punktförmigen Application durch Stichelung. Nach mehrfachen mehr oder weniger befriedigenden Versuchen gelang es in folgender Weise: eine kleine dolchförmig zugeschliffene Lanze ist an der vorderen Rippe mit einer Rinne versehen, welche von der Basis der Dolch-Lanze bis an deren Spitze leitet. Von der sorgfältigst, mit Sublimat (1:5000) angeriebenen Touche, wird ein Tropfen auf die vordere Lanzenfläche und in die Rinne gebracht. Nun wird möglichst oberflächlich am Rande des Leucoms eingestochen; Stichrichtung gegen das Centrum des Leucoms. Bevor die Lanze zurückgezogen wird, führt man eine zarte Drehung der Lanze nach rechts und nach links aus, wodurch die Wundtasche zum Klaffen gebracht wird und der Farbstoff durch Capillarattraction zunächst an den Seiten der Lanze eingeführt wird. Dann drückt man mit der wiederum gerade gehaltenen Lanze gegen die hintere Wand der gestochenen Tasche und zieht das Instrument langsam heraus. Es hinterbleibt, wenn das Angegebene richtig ausgeführt wurde, ein schönes schwarzes Dreieck. So geht man weiter um die ganze Peripherie des Leucoms herum. Zwischen den einzelnen Dreiecken hinterbleiben natürlich graue Leucomstreifen, und gelang es nicht die Spitzen der Dreiecke im Centrum des Leucomes nahe an einander zu bringen, so hinterbleibt auch hier noch ein Raum, der dann in einer nächsten Sitzung durch Stichelung, wie jene Streifen gefärbt wird. Die vorgeführte Patientin zeigte auf dem Leucome des linken Auges eine aus sieben Einstichen gebildete ziemlich regelmässige Sternfigur. Die Operation war Tags zuvor ausgeführt worden. Das Auge war fast reizlos. Nach einer Woche wollte Germann die Zwischenstreifen wie das Centrum durch Stichelung anfärben. Der Gesammteffect ist ein durchaus guter. Nach jedem Einstich ist abzuspülen, um sich vom Erfolge zu überzeugen, wie um den nächsten Einstich richtig zu wählen. Für jeden Einstich ist wiederum frische Farbe auf die Lanze zu bringen. Die Lanzenführung verlangt einige Uebung, man wähle daher zunächst weniger anspruchsvolle Fälle.

2. Herr von Lingen: Zur Casuistik des Menstrualexanthems. Der vom Vortragenden beobachtete Fall betraf ein 16jähriges, unregelmässig menstruirtes Mädchen, das seit einem Jahr 1—2 Tage nach dem Aufhören der Menses auf den Streckseiten der Extremitäten und dem Gesicht juckende Flecken bekam, welche sich 1 Woche lang und länger hielten. Die objective Untersuchung der Pat. ergab keine wesentlichen Abweichungen von der Norm. Am 2 Tage nach dem Aufhören der Menstruation traten auf der Streckseite der oberen Extremitäten stecknadelkopfgrosse bis 5kopeken Silber grosse hellrothe erhabene rundliche Flecken auf, die stark juckten und auf Fingerdruck verschwanden. Der Ausschlag war Urticaria ähnlich. Auf dem Gesicht, dem Thorax und den unteren Extremitäten nicht zahlreiche Flecken von gleicher Beschaffenheit. Schleimhaut normal. Temperatur 37,0—38,4. Am folgenden Tage hatte sich das Exanthem über den ganzen Körper verbreitet, die Flecken auf den Armen confluirten. Auf den allein stehenden frischen Flecken war im Centrum deutlich ein dunkelgefärbter stecknadelkopfgrosser Punkt zu sehen. Temperatur 36.8—37.5. Am dritten Tage war auf den oberen Extremitäten, der Brust und dem Rücken eine fast diffuse Röthe zu sehen, nur hier und da normale Hautstellen. Auf der gleichmässigen Röthe traten gefärbte Flecken hervor von tiefroth-violettem Farbenton. Pat. sah panterartig gefleckt aus und das Exanthem erinnerte an Purpura hämorrhagica. Temperatur normal. Starkes Jucken. Der Urin war trübe und leicht blutig gefärbt. Unter dem Microscop fand man rothe Blutkörperchen, Leucocyten, Blasenepithelien, rundliche Epithelzellen und bei einer späteren Untersuchung granulirte Cylinder. Der Harn enthielt Eiweiss. Hämoglobingehalt und Zahl der Blutkörperchen normal. Vom 5 Tage an Abblassung von der Peripherie der Flecken beginnend. Dabei waren keine gelbliche oder grünliche Farbentöne wie bei Sugillationen zu sehen. Zuerst verschwand das Exanthem an den oberen Extremitäten, später an den unteren Extremitäten, wo Ueberreste noch am 12. Tage zu sehen waren, keine Hautabschuppung. (Demonstration einer Photographie der Pat. im Höhestadium des Exanthems.) Vortragender nimmt einen Causalnexus zwischen Genitalsphäre und Hautaffection an. Dafür spricht das wiederholte Auftreten derselben nach der Menstruation. Interessant ist, dass solche Menstruationsexantheme beim Ausbleiben der Regel (Gravidität, Lactation) nicht erscheinen. Das Exanthem entsteht durch reflectorische Reizung der Hautnerven (Vasomotoren) von den Sexualorganen aus. Vortragender erwähnt, dass etwa 100 analoge casuistische Fälle in der Literatur vorhanden sind, er schliesst in seinem Falle eine Bluterkrankung aus, ebenso eine Infection oder Intoxication und sieht nervöse Einflüsse als ausschlaggebend beim Zustandekommen des Exanthems bei seiner Pat. an. Den blutigen Harn bezieht Vortragender auf Veränderungen resp. Blutaustritte in der Blasenschleimhaut.

3. Herr Dobbert spricht über «Affectionen der Haut in Zusammenhang mit der Menstruation oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane des Weibes». Die Menstruation — ein Process, welcher sich nicht nur in der Genitalsphäre abspielt, sondern den ganzen Organismus in Mitleidenschaft zieht — giebt bekanntlich zu Erkrankungen in den verschiedensten Organen, wie Nervensystem, Augen, Respirations- und Digestionsapparat Veranlassung. Auch im Bereiche der Haut macht sich der Einfluss der physiologischen Functionen der Geschlechtsorgane und ihrer Störungen zuweilen geltend, indem durch dieselben verschiedene Hautleiden verursacht werden können. Bekannt ist eine ganze Reihe veröffentlichter Fälle von Urticaria, Eczem, Akne, Erythem und Ecchymoseneruptionen im Anschluss an die Menstruation. In neuerer Zeit ist es ferner gelungen, die Abhängigkeit solcher Hautleiden von Erkrankungen der Geschlechtsorgane mit Sicherheit nachzuweisen. Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass leichte Fälle recht häufig vorkommen, schwere dagegen selten beobachtet werden.

Im Anschluss an den soeben mitgetheilten Fall theilt D. die Krankengeschichten zweier Fälle von Purpura haemorrhagica mit, in welchen die Menstruation resp. Erkrankung der Geschlechtsorgane einen gewissen Einfluss in aetiologischer Beziehung gehabt zu haben scheinen.

Fall 1. 27jährige sehr nervöse Dame. Periode seit Beginn sehr unregelmässig, alle 2—3 Monate. Seit ca. ½ Jahr Menses profus, erfolgen alle 3—4 Wochen und ist der Eintritt derselben von stecknadelkopfgrossen Blutaustritten in die Haut begleitet, welche nach mehr oder weniger langem Bestehen spurlos verschwinden, um mit der nächsten Regel wieder aufzutreten. Bei der Untersuchung der Pat. lässt sich ausser einer chronischen Oophoritis kein anderes Organleiden constatiren. Die ersten im Hospital beobachteten Menses traten den 7. Juni unter heftigen Schmerzen im Unterleibe und Erhöhung der Temperatur (bis 39,7) ein. Schon am folgenden Tage Abfall der Temperatur. Mit Sistirung der Blutung Besserung des Allgemeinbefindens. Nächste Menstruation am 4. Juli. Unter Temperaturerhöhung (37,8—40,1°) und bedeutender Verschlechterung des Allgemeinbefindens werden, ausser successiv auftretender Schwellung des Nasenrückens, des rechten und linken unteren Augenlides, zahlreiche punktförmige Haemorrhagien im Gesicht und den Extremitäten beobachtet, welche stellenweise confluiren. Mit Sistiren der Blutung am 4. Tage tritt Temperaturabfall ein und beginnt allmählige Resorption der Blutaustritte. Die folgende Menstruation tritt gleichfalls unter Temperaturerhöhung (38,2—39,0) und Verschlimmerung des Allgemeinbefindens ein. Neben den in Resorption begriffenen, grünlich-gelb verfärbten Haemorrhagien, erfolgen neue Eruptionen, welche in den folgenden Tagen immer mehr an Ausdehnung zunehmen, stellenweise confluirend den ganzen Körper bedecken. Dieses Mal sind auch die Schleimhäute in Mitleidenschaft gezogen. Heftige Blutungen aus Mund und Nase, Erbrechen blutig gefärbter Massen, Uterin- und Darmblutungen führen unter stetem Kräfteverfall am 26. August den Tod herbei. — Keine Section.

Fall 2. 40jährige Dienstmagd erkrankt plötzlich mit heftigen Schmerzen im Leib und Erbrechen. Pat. hat 3 Mal geboren. Menses seit einiger Zeit unregelmässig, von 7—9 tägiger Dauer, mit heftigen Unterleibschmerzen verbunden.

Pat. von kräftigem Körperbau und gutem Ernährungszustande. In den Organen der Brusthöhle keine Abweichungen von der Norm. Herz normal. Leib aufgetrieben, schmerzhaft. Keine Veränderung der Nieren. Exacerbirte Peri-Parametritis

In den ersten 2 Wochen des Hospitalaufenthaltes treten Erscheinungen von Seiten des Darmtractus in den Vordergrund, welche erst allmählig schwinden. In der 3. Woche periphlebitischer Process am rechten Unterschenkel, welcher, ohne bedeutendere Dimensionen anzunehmen, nach einigen Tagen zurückgeht, aber eine Thrombose der Vene zurücklässt. Ende der 4. Woche tritt unter Fieber (38,8—40,2) die Menstruation mit sehr heftigen Schmerzen im Unterleibe auf. Mit dem Schwinden der Blutung fällt die Temperatur. Auf den Unterarmen, Oberschenkeln und dem Bauche treten Urticaria ähnliche Quaddeleruptionen auf, welche, durch neue Nachschübe vermehrt, confluiren, sich über die ganze Körperoberfläche ausbreiten und Pat. in hohem Grade belästigen. Pat. fängt wieder zu fiebern an. Nach 6—7 Tagen beginnen die Quaddeln theilweise zu schwinden. Die noch restirenden

sind livid verfärbt. In der Umgebung solcher livider Hautschwellungen werden punktförmige Haemorrhagien sichtbar. Unter beständigem Fieber (38,7—39.5) treten immer reichlichere Blutaustritte, nicht nur auf der Körperoberfläche, sondern auch auf den Schleimhäuten auf. Nach 4 Tagen sinkt das Fieber. Heftige Blutungen aus den Schleimhäuten, blutiges Erbrechen, unstillbare Metrorrhagien führen am 16. Tage nach der Menstruation den exitus letalis herbei.

Die von Herrn Jalan de la Croix ausgeführte Section ergab folgende pathologisch-anatomische Diagnose: Purpura haemorrhagica, Peri-Perametritis et Perisalpingitis chron. Nephritis parenchymatosa duplex. Degeneratio adiposa cordis, hepatis, renum. Thrombosis venae saphenae dextr. varicosae.

D. ist der Meinung, dass in solchen Fällen nicht auf den grösseren oder geringeren Grad der Veränderungen in den Geschlechtsorganen, sondern auf den chronischen Verlauf des Genitalleidens das Hauptgewicht zu legen ist. Denkbar ist es, dass ein von den Geschlechtsorganen verursachter continuirlicher Reiz eine solche pathologische Erregbarkeit der vasomotorischen Nerven zu veranlassen im Stande ist, wie in den geschilderten Fällen. (Autoreferat.)

Herr Moritz spricht sich dahin aus, dass es sich in den beiden von Herrn Dobbert beschriebenen Fällen um eine selbstständige Erkrankung an Purpura haemorrhagica gehandelt hat, deren Entstehen nicht auf menstruelle Anomalien zu beziehen ist. Der Lingen'sche Fall unterscheidet sich wesentlich von den beiden D.'schen Fällen und kann zur Rubrik der Menstruationsexantheme gerechnet werden.

Herr Beckmann weist darauf hin, dass es sich im Lingen'schen Fall um ein nervöses resp. hysterisches Subject gehandelt haben kann, bei dem sich die nervösen Erscheinungen zur Zeit der Menstruation steigerten, was ja häufig vorkommt. In diesem Fall könnten vielleicht die Hautaffectionen als hysterische gedeutet werden.

Herr Strauch ist geneigt die Hautaffectionen im Lingen'schen Fall als Erythema polymorphe zu deuten. Dasselbe kommt im Frühjahr und Herbst häufig vor und ist nicht vasomotorischen sondern toxischen Ursprungs. Dafür spricht auch die Nierenreizung und das Auftreten von Cylindern im Urin. In solchen Fällen wirkt das Natr. salicylicum fast specifisch.

Herr Hackel glaubt, dass die Temperatursteigerung gegen einen hysterischen Ursprung der Hautaffectionen spricht.

Herr v. Petersen spricht sich gleichfalls dahin aus, dass es sich im L.'schen Falle um ein toxisches Erythema polymorphe gehandelt habe. Vielleicht kam es zur Resorption toxischer Zersetzungsproducte der Menstruation. Die D.'schen Fälle sind als selbstständige Erkrankungen anzusehen.

Herr Dobbert hebt hervor, dass das Auftreten der Purpura im Anschluss an die Menstruation daraufhin weist, dass eine Alteration, wie sie der Organismus zur Zeit der Menses durchmacht, genügt, um als auslösender Reiz zu wirken, resp. dass durch dieselbe günstige Bedingungen für das Zustandekommen einer Infection oder Intoxication geschaffen werden.

4. Herr Horn (Demonstration):

Ich zeige Ihnen hier ein Waltuch'sches Holz-Corset, das ich aus demselben Holz angefertigt habe, wie ich es Ihnen vor 2 Wochen mitgebracht hatte.

Die Vorzüge dieses Corsettes sind folgende: Es ist widerstandskräftig, leicht, — weniger als 1½ Pfund — und, was nicht gering anzuschlagen ist, billig, 15-20 Rbl. gegen 40—50 und mehr Rbl. der Bandagisten.

Ich hoffe, bei grösserem Betriebe den Preis allmälich bis 10 oder 12 Rbl. herabdrücken zu können.

Bei der Scoliosenbehandlung — wie ich sie im Maximilian-Hospital und bei mir zu Hause übe, war es nothwendig, sich für ein Corsett zu entscheiden, das den Vorzug der Billigkeit hatte und für Alle, Reiche und Arme, dasselbe war.

Bei der Wahl einer Corsettform hat mich nicht nur das Humanitäts- sondern auch das Nützlichskeitsprincip geleitet.

Zu erfolgreichem Arbeiten brauche ich die volle, freudige Mitwirkung der Kinder.

Die Resultate der Scoliosen-Behandlung werden immer von dem Verhältniss zwischen Arzt und Patienten abhängen.

Bei derartiger Sachlage muss aber jeder, auch der kleinste Grund zur Missstimmung und Verbitterung, wie er etwa durch Corsette verschiedener Qualität gegeben werden könnte, vermieden werden. In den Uebungsstunden schliessen sich alle Kinder wie zu einer Familie zusammen, deren Glieder durchaus gleichberechtigt sein müssen.

Nur so ist die volle Anspannung der Kräfte garantirt. Ohne die freudige, bewusste Arbeit der Kinder geht's eben nicht.

Das sind die Gesichtspunkte, die mich bei der Entscheidung für eine Corsettform geleitet haben und für deren Berücksichtigung bei der Anstaltsbehandlung ich voll und ganz eintreten möchte.

5. Discussion über die Scoliose, im Anschluss an den Vortrag des Herrn Horn in der vorigen Sitzung.

Herr Anders stimmt mit den Ausführungen des Vortragenden keineswegs überein. Falls man eine allgemeine Malacie der Wirbelsäule annimmt, müssten doch intensivere Erweichungen an 2 Stellen der Wirbelsäule, als den beiden Krümmungen zu Grunde liegend, postulirt werden.

Die Erweichungsstellen würden sicher doch äusserst unregelmässige sein. — Lägen sie beispielsweise einmal nahe zusammen, getrennt durch ein paar härtere Wirbel, oder weit auseinander so dürften durch die Verkrümmungen die allereigenthümlichsten und barokesten Formen der Wirbelsäule resultiren, — auch wäre es zum mindesten wahrscheinlich, dass die zweite Krümmung bei unregelmässiger Erweichung nicht immer nach der entgegengesetzten Seite ausfiele. — Statt dessen erleben wir an der scoliotischen Wirbelsäule immer ein feststehendes typisches Bild. — Auf die erste sich einstellende Krümmung erfolgt in einer vollständig typischen Weise eine zweite nach der anderen Seite, einerlei ob es sich um eine primäre rechts- oder linksconvexe Dorsal- oder Lumbalscoliose handelt. — Brust- und Lendenwirbelsäule stehen in direktester lebhaftester Correspondenz mit einander, wie wenn sie für ihre temporären oder habituellen Stellungen gegenseitig verantwortlich wären. — Die zweite, später eingetretene Krümmung soll nun aber nicht eine compensatorische genannt werden, sie soll nach der Anschauung Hrn. Horn's nicht aus statischen Gründen ursprünglich willkürlich hervorgerufen sein, sondern sie tritt unwillkürlich an Stellen der Wirbelsäule ein, die erweicht sind.

Zunächst wären die für die Verkrümmungen charakteristischen erweichten Stellen an der Wirbelsäule nachzuweisen. — Es ist darauf zurückzukommen, dass die beiden uns vorgelegten Präparate für diese Frage nicht verwerthbar sind. — Dagegen findet man für gewöhnlich an präparirten scoliotischen Wirbelsäulen solche Erweichungen einzelner Stellen überhaupt nicht, — wohl aber diffuse Erweichungen der ganzen Wirbelsäule, oft anderen Sceletttheilen entsprechend. — Zu der Voraussetzung einer solchen, ohne ihren speciellen pathologischen Charakter genauer differenziren zu können, sind wir vielleicht überhaupt für das Zustandekommen einer habituellen Scoliose benöthigt. — Eine solche diffuse pathologische Veränderung am Knochengewebe schliesst aber eine compensirende Krümmung nicht aus sondern lässt im Gegentheil dieselbe um so rascher eine manifeste werden.

Nun liegt weiter an sich die Frage nahe warum eine einmal eingetretene seitliche Krümmung an der Wirbelsäule nicht willkürlich compensirt werden sollte, da jede eintretende statische Veränderung am Körper sofort und ausnahmslos, sei es am Kopfe, an den Extremitäten, besonders an den Gelenken willkürlich compensirt wird. -- Zu naheliegend ist das Beispiel der sich stets compensirenden Kyphose. — Die anteroposteriore Abknickung hat zunächst eine Pronation des Oberkörpers zur Folge. — Die physiologischen Krümmungen sind geschwunden. Pat. stützt sich mit seinen Händen auf die Oberschenkel. — Aus dieser Haltung versucht sich Pat. mittelst Compensationslordose um jeden Preis willkürlich herauszuarbeiten, — weil er sein Gleichgewicht verloren. — Er vollzieht Reclinationen in Partien seiner Wirbelsäule, die von Spondylitis frei sind. — Wir können ihn dabei manuell oder durch Suspension unterstützen. — Wird er vorher bleibend bettlägerig, so führt er diese Compensationen nicht vollständig aus, — stirbt er in einem solchen Stadium so sind an seiner Wirbelsäule diese Compensationen überhaupt nicht nachweisbar. — Genau so verhält es sich mit der Scoliose. — Ist nach Eintritt einer Krümmung der Dorsalwirbelsäule der Oberkörper nach der Seite abgeneigt, so ist das statische Gleichgewicht gestört. — Pat. sucht sich durch Ausbiegung der Lendenwirbelsäule nach der anderen Seite so weit zu compensiren, dass er Gleichgewicht gewinnt. Wäre es denkbar, dass ohne Willensact oder instinktives Vorgehen diese einzig rationell compensirende zweite Krümmung auf die erste erfolgt? — Tritt auch nur vorübergehend bei einem Coxitiker eine Perversität der Stellung ein, so finden wir unmittelbar als correspondirendes Bild eine compensatorische Krümmung an der Wirbelsäule, mit einem Worte eine compensirende Scoliose vor. — Wenn aber auf eine Ad- oder Abductionsstellung der Hüfte unausbleiblich eine compensirende Scoliose der Lumbalwirbelsäule erfolgt, wie sollte nicht auf eine primäre Scoliose der Lumbalwirbelsäule eine Compensation im dorsalen Abschnitte erfolgen? — Es sprechen aber noch andere Momente mit Bestimmtheit dafür. In einem initialen Stadium lässt sich die zweite, compensatorische Scoliose manuell oder im Liegen ausgleichen, weil sie willkürlich und für's erste nur temporär eingenommen wurde, und noch nicht manifest geworden. — Ein Factum von Interesse ist es ferner, dass eine nicht behandelte Scoliose im Laufe der Zeit sich vergrössert haben

kann, die Abweichung der vertebra prominens vom Lot, das man auf einen medialgelegenen Punkt des Kreuzbeines fällt, ist aber geschwunden. — Pat. hat durch günstigere Lagerung seiner Interferenzpunkte sein statisches Gleichgewicht gebessert oder hergestellt. — Das konnte nur willkürlich oder instinktiv geschehen. — Es findet kurz gesagt eine ewige instinktive Aequilibrirung statt.

Weiter wendet sich H. A. gegen das Beispiel der ischiadischen Scoliose. — Herr Horn führt an: Dort hätten in 2 seiner Fälle Compensationen gefehlt. — Dagegen haben wir festzuhalten, dass die ischiadische Scoliose zunächst immer eine totale ist. — Wir können ferner gerade an der ischiadischen Scoliose wenn sie eine homologe ist die willkürlich, zum Zweck der Schmerzstillung eingenommene seitliche Krümmung der Wirbelsäule im Gegentheil studiren. — Dieser Form der Scoliose liegen neuropathologische Ursachen zu Grunde. Wir nehmen bei der ischiadischen Scoliose entweder willkürliche Biegung der Wirbelsäule bei Erkrankung der vorderen Aeste des Plexus sacralis zum Zwecke der Schmerzentlastung, oder Paresen der Rückenmusculatur, besonders der m. sacrolumbales an. Der paretische Muskel, wird von seinem intacten Parling überwunden. — Den neuropathologischen Verhältnissen entsprechend wechselt die Scoliose bisweilen sogar die Seiten. In einer grossen Reihe von Fällen schwindet die Scoliose mit der Ischias. — Da ist gar keine Zeit gewesen zu einer Compensation. — Aber die ischiadische Scoliose wird auch eine manifeste und erreicht hohe Grade. — Dann ist sie ein Beispiel für Compensationen, denn dann compensirt sie sich immer. — Es erübrigt noch zu erwähnen, dass die statische Scoliose überhaupt nur eine Compensation darstellt.

Die beiden demonstrirten Präparate bieten kein Material, welches geeignet wäre das Zustandekommen von Compensationen zu widerlegen. — Zunächst stellen sie Raritäten von grosser Seltenheit dar. — Das eine derselben erfordert eine durchaus andere Interpretation. — Es ist kaum zu bezweifeln, dass es sich hier nicht um eine Scoliose im gewöhnlichen Sinn gehandelt hat, sondern um eine superficielle Spondylitis, um jene seltene Form, welche keinen Gibbus zur Folge hat, sich an der vorderen Fläche mehrerer Wirbel abspielt, die vorderen Längsbänder abhebt, den Knochen arrodirt, bisweilen von aussen nach innen vordringend. — Letzteres Moment macht sich deutlich an der seitlichen Peripherie des Wirbelkörpers bemerkbar. — Dem entsprechend resultirte die scoliotische Stellung. — Für die Auffassung eines entzündlichen Processes sprechen die verknöcherten ankylotischen Verbindungen der übereinander liegenden Wirbel. Jede compensatorische Krümmung fehlt, — und zwar aus folgenden Gründen: Der Spondylitiker compensirt sich langsam, — und zwar ist seine scoliotische Verbiegung immer unvollständig, weil das Compensiren in seitlicher Richtung mit den grössten Schmerzen verbunden ist. — Der obere Theil der Wirbelsäule ist vollständig, fast gradlienig gestreckt. — Dieser Umstand ist als eine postmortale Erscheinung aufzufassen. — Sobald der Bandapparat erweicht, etwas angefault ist, oder die hintere Bogenreihe einer stärkeren Läsion ausgesetzt war, schwinden selbst die physiologischen Krümmungen. An einer herausgenommenen und aufrechtgestellten Wirbelsäule lassen sich überhaupt wohl Gestalt- nicht aber Haltungsveränderungen studiren. — Herr A. demonstrirt eine Photographie eines Längsdurchschnittes einer gefrorenen spondylitischen Leiche, — und zugleich in einer zweiten Photographie die Haltung der Patientin im Stehen. — Pat. stand und ging animalisch mit fast horizontal gestelltem Rücken bis an ihren Tod, — hielt aber ihren Kopf durch lordotische Compensation der Hals- und oberen Brustwirbelsäule aufrecht. — An der Leiche ist jede compensatorische Krümmung des supragibbaren Abschnittes geschwunden. — In ihrem oberen Theile stellt die Wirbelsäule einen geraden Stab dar. — In dem Falle, dessen Präparat H. Horn demonstrirte, ist leider die Anamnese unbekannt. — Es giebt deshalb eine starke Möglichkeit, dass die superficielle Spondylitis ein langes Krankenlager der Patientin zur Folge hatte, — da diese Form der Erkrankung mit hochgradigen Schmerzen verbunden zu sein pflegt. — In diesem Falle konnten natürlich überhaupt keine compensatorischen Krümmungen eintreten.

Das andere sehr seltene Präparat zeigt eine angeborene Scoliose mit einem Schaltwirbel dar. — Leider fehlen die oberen Halswirbel. Die noch vorhandenen unteren stehen zu einer compensatorischen Krümmung angeordnet; es erscheint äusserst wahrscheinlich, dass sie durch die fehlenden zu einer vollständigen compensirenden Scoliose ergänzt wurden. Wenn Patient aber, wie H. Horn in der Anamnese dieses früher mittheilte, gewohnheitsmässig Lasten auf dem Kopfe trug, so war letzteres bestimmt der Fall, da ohne Aufrichtung des Kopfes selbst der Athlet dazu nicht im Stande ist. — Die beiden Präparate stellen eine rara avis dar und bieten nicht ein Material das geeignet ist an den bestehenden Theorien der Aequilibrirung auf compensatorischem Wege, in ihrer grossen Bedeutung für die Statik irre zu werden. — Für die anteroposterioren Abknickungen sind die ihnen entsprechenden compensatorischen Krümmungen auf mathematische Gesetzmässigkeiten zurückgeführt worden, — die Lehren der scoliotischen Compensationen können zunächst nur am Lebenden, ferner nur an regulären Fällen bei relativ intactem Knochengewebe studirt und controllirt werden.

Herr Horn bestreitet, dass im zweiten Präparat etwas von einer Compensation zu sehen ist. Die Wirbelsäule ist winklig abgeknickt, um dann senkrecht nach oben zu steigen. Bei der anderen Wirbelsäule ist eine Spondylitis superficialis nicht vorhanden, eine solche pflegt sich auch für gewöhnlich über grössere Abschnitte der Wirbelsäule zu erstrecken. Der Pat. hat auch noch nach dem Krankenlager gelebt. Fürs Gleichgewicht ist keine compensatorische Krümmung nöthig. Druck von oben ruft keine Gegenkrümmungen hervor, sondern nur Vergrösserung des primären Bogens. Dagegen kann bei Fixirung der unteren Krümmung nur eine compensatorische Krümmung zustande kommen. Secundäre Krümmungen kommen nicht zustande, wenn nicht die ganze Wirbelsäule prädisponirt ist. Bei ischiadischer Scoliose von 2 und 3-jähriger Dauer kommt es häufig zu keinen Compensationen, trotzdem nach der herrschenden Lehre eine Gleichgewichtsstörung vorhanden sein muss. H. demonstrirt ein drittes Skelett mit Spondylitis, an dem 4—5 Wirbel zerstört sind und der Process abgelaufen ist. In der Frontalebene sind keine compensatorischen Krümmungen aufgetreten, in dieser Ebene ist die Wirbelsäule gerade.

Herr Anders erklärt das dritte Skelett als Beispiel typischer Compensation in der Sagitalebene, die Kyphose ist durch die Lordose compensirt. Die von ihm angenommene Spondylitis superficialis beschränkt sich nicht auf einen sondern auf mehrere Wirbel.

Herr Horn: Am demonstrirten Präparat ist keine Spondylitis superficialis, wohl aber eine artificielle Spondylitis zu sehen, die die Folge schlechter Behandlung des Präparates ist.

Herr Anders: In Bezug aufs dritte Präparat ist daran zu erinnern, dass sich die Spondylitis immer in der Sagitalebene, selten in der Frontalebene compensirt.

Herr Horn möchte heute nicht in eine Debatte über Spondylitis eintreten, da auf der Tagesordnung nur die Scoliose steht.

Herr Tiling bezweifelt gleichfalls das Vorhandensein einer Spondylitis superficialis am ersten Präparat. Das Präparat ist nicht gut conservirt und die Wirbel stark verändert. Es ist zu ankylosenartigen Verwachsungen der Wirbel gekommen ähnlich wie beim Rheumatismus ankylopoeticus oder wie bei der Arthritis deformans. Caries scheint nicht vorhanden zu sein.

Herr Horn: Verzahnungen und Verwachsungen der Wirbel unter einander kommen bei Scoliose vor, sie sprechen jedenfalls nicht für Spondylitis.

Vermischtes.

— Der dirigirende Arzt der internen. Abtheilung des städtischen Krankenhauses am Urban in Berlin, Dr. Ernst Stadelmann, hat sich als Privatdocent an der Berliner Universität habilitirt. Dr. Stadelmann war bekanntlich früher längere Zeit Docent für klinische Propädeutik in Dorpat (Jurjew).

— Die St. Georg-Gemeinschaft barmherziger Schwestern hieselbst hat die Professoren der militär-medicinischen Academie Ratimow, Ssimanowski und Ssirotinin zu Ehrenconsultaten ihres Hospitals erwählt.

— Der ausserordentliche Professor der operativen Chirurgie an der Warschauer Universität Dr. W. W. Maximow ist zum ordentlichen Professor und der Docent der theoretischen Chirurgie an derselben Universität, Dr. M. A. Wassiljew, zugleich Oberarzt des St. Rochushospitals, zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie ernannt worden.

— Am 16. Januar 1896 vollenden sich 25 Jahre seit der Ernennung des Leibaccoucheurs, Geheimraths Dr. Anton Krassowski, zum Director der St. Petersburger Entbindungsanstalt. Aus diesem Anlass soll ein Stipendium auf den Namen des Jubilars bei der Entbindungsanstalt gestiftet werden und werden Beiträge zu diesem Stipendium täglich von 12—2 Uhr im Comptoir der St Petersb. Entbindungsanstalt (Nadeschdinskaja № 5) entgegengenommen.

— Befördert: Zu Geheimräthen die Militär-Medicinalinspectoren von Finnland wirkl. Staatsrath Gawrilko und von Irkutsk — wirkl. Staatsrath Rubez. Zum wirkl. Staatsrath — der Corpsarzt des 3. Armeecorps Dr. Keldysch.

Ordensverleihungen: Den St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Corpsarzt des 16. Armeecorps, Dr. Tarassewitsch und den Gehülfen der Militär-Medicinalinspectoren von Wilna — Dr. Schewelew und von Odessa—Dr. Midow.

Den St. Wladimir-Ord. III. Classe — den Professoren der militär.-med. Academie Jegorow, Winogradow und Woronzow, dem Oberarzt des Odessaer Militärhosp. Dr. Räder, dem Brigadearzt der 4. Inf. Brigade Dr. v. Reutlinger, dem Oberarzt des Militär-Lazareths in Zarskoe-Selo — Dr. Unterberger und dem ehemaligen Divisionsarzt der 3. Cavallerie-Division, Dr. Messmacher. —

Choleraepidemie in Russland. Nach dem letzten, vom Medicinal-Departement veröffentlichten Cholera-Bulletin sind in Wolhynien vom 19—25. December 74 Neuerkrankungen und 40 Todesfälle, in der Stadt St. Petersburg 97 Erkrankungen und 36 Todesfälle, und im Gouvernement St. Petersburg 4 Erkrankungen und 1 Todesfall an der Cholera vorgekommen. Die täglichen Mittheilungen über den Stand der Choleraepidemie in St. Petersburg sind seit dem 8. December, an welchem Tage sich 67 Cholerakranken in den städtischen Hospitälern in Behandlung befanden, eingestellt worden und wird in Zukunft über weitere Erkrankungen nur ein Mal wöchentlich, am Freitag, berichtet werden. Auffallend ist, dass in diesen täglichen officiellen Mittheilungen über den Stand der Cholera in der Stadt St. Petersburg bis zuletzt noch immer nur von choleraähnlichen Fällen die Rede ist und dass in den wöchentlichen Mortalitätsbulletins die Todesfälle an der Cholera unter der Rubrik «Cholera nostras» registrirt werden!

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 19. December 1895.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

Tagesordnung: 1) Dr. Hörschelmann: Ein Fall von Gehirnerkrankung bei einem Neugeborenen.

2) Dr. Moritz: Ueber Diagnose der Cysticerkenkrankheit des Gehirns.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 18. December 1895.

Изданіе К. Л. РИККЕРА въ С.-Петербургѣ, Невскій пр, 14.

съ января 1896 г. будетъ выходить ежемѣсячный журналъ

„ОБОЗРѢНІЕ ПСИХІАТРІИ НЕВРОЛОГІИ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГІИ“

издаваемый подъ редакціей

Проф. В. М. БЕХТЕРЕВА.

Директора клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней въ С.-Петербургѣ.

Заграничная литература уже давно обогатилась реферирующими органами по различнымъ отдѣламъ медицины и между прочимъ цѣлый рядъ органовъ подобнаго рода посвященъ невропатологіи, психіатріи и родственнымъ съ ними отраслямъ знанія, какъ то: **Neurologisches Centralblatt, Revue Neurologique, Centralblatt für Nervenheilkunde** и др. Между тѣмъ русская литература до сихъ поръ не имѣла органа, который появлясь, въ правильные и возможно частые сроки, путемъ рефератовъ, обзоровъ, рецензій новыхъ книгъ и отчетовъ о засѣданіяхъ научныхъ обществъ и проч., давалъ-бы достаточно полное отраженіе современнаго состоянія психіатріи, невропатологіи, неврологіи и экспериментальной психологіи и такимъ образомъ доставлялъ бы читателю возможность своевременнаго ознакомленія съ успѣхами и развитіемъ этихъ наиболѣе интересныхъ отдѣловъ медицины. Идти на встрѣчу этой давно назрѣвшей потребности и составляетъ цѣль предстоящаго изданія, имѣющаго выходить ежемѣсячными выпусками въ общей сложности около 60 печатныхъ листовъ въ годъ.

Только что указанный недостатокъ въ періодическомъ органѣ съ вышенамѣченными задачами особенно осязательно чувствовался земскими врачами, такъ какъ существующіе заграничныя изданія, вслѣдствіе ихъ высокой подписной цѣны и сложности выписки, доступны по преимуществу врачамъ губернскихъ городовъ, гдѣ эти изданія, если и выписываются, то большею частью тѣми или другими врачебными учрежденіями. Такимъ образомъ огромному большинству земскихъ врачей, дѣйствующихъ вдали отъ губернскихъ городовъ, несмотря на особенную потребность въ свѣдѣніяхъ по вышеуказаннымъ отдѣламъ медицины при возрастающей нервности населенія, приходилось до сего времени черпать эти свѣдѣнія съ большой затратой труда преимущественно изъ общей медицинской прессы.

Въ виду этого предстоящее изданіе будетъ имѣть своей задачей также и тѣ запросы, стоящіе въ связи съ выше названными отдѣлами медицины, которые предъявляются условіями врачебной дѣятельности не только къ спеціалисту невропатологу и психіатру, но и вообще къ врачу въ его повседневной практикѣ. Поэтому всѣмъ вопросамъ, имѣющимъ особо важное практическое значеніе и между прочимъ терапіи душевныхъ и нервныхъ болѣзней съ ея отдѣлами (психотерапія, электротерапія, гидротерапія, механотерапія, органотерапія и хирургія), нервной системы будетъ отведено въ предстоящемъ изданіи надлежащее мѣсто.

Журналъ будетъ выходить по слѣдующей программѣ:

I. Оригинальныя статьи по психіатріи, невропатологіи, неврологіи, психологіи, гипнотизму криминальной антропологіи и по вопросамъ, связаннымъ съ ними.
II. Обзоры и рефераты по указаннымъ предметамъ.
III. Отчеты, письма и корреспонденціи.
IV. Хроника, новости и смѣсь.
V. Критическія статьи, отзывы, рецензіи и библіографія.
VI. Біографіи и некрологи.
VII. Объявленія и извѣщенія.

Статьи (въ заказныхъ бандероляхъ) покорнѣйше просятъ адресовать на имя редактора журнала Директора клиники проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская сторона, клиника душевныхъ болѣзней). Для личныхъ переговоровъ редакція открыта по **Вторникамъ и Пятницамъ** съ 11—12 час. дня.

Всѣ статьи доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ, авторамъ же по напечатаніи ихъ статьи посылается 25 экземпляровъ отдѣльныхъ оттисковъ безплатно.

Время напечатанія статьи и распредѣленія ихъ по книжкамъ будетъ производиться сообразно наличному матеріалу и очереди. Авторы и издатели, желающіе прислать свои труды и изданія въ редакцію благоволятъ адресовать таковыя на имя редактора. О всякой книгѣ, присланной въ редакцію, будетъ напечатано заявленіе въ одномъ изъ ближайшихъ нумеровъ журнала.

Подписка принимается въ книжномъ магазинѣ К. Л. Риккера, Невскій 14.

Подписная цѣна съ доставкой и пересылкой 9 рублей.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.
Amalie Born, Большая Подъяческая д. 9, кв. 15.
Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17. кварт. 19.
Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.
Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.
Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.
Schwester Elise Tennison, Николаевская ул., д. 11, кв. 17.
Frau **Gülzen,** W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.
А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.
Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137, кв. 119.
Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.
Frau **Duhtzmann,** Демидовъ переулокъ д. 9, кв. 9.
Берта Федоровна Панова, Таврическая улица д. 7, кв. 6.
Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.
Marie Mohl, В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб. 16 Декабря 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—**Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 51 St. Petersburg, 23. December (4. Januar) **1895**

Inhalt: Ernst Sokolowski: Hysterie und hysterisches Irresein — Hans Kentmann: Hämatoma scroti nach Asphyxie. - **Referate:** Prof. H. Eichhorst: Ueber die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose. -- **Protokolle** des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden. — **Vermischtes.** — **Mortalitäts-Bulletin** St. Petersburgs. — **Anzeigen.**

Hysterie und hysterisches Irresein.

Von

Ernst Sokolowski.

Ordinator des Irrenhauses auf Alexandershöhe bei Riga.

(Vortrag gehalten am 16. Sept. 1895 auf dem VII. livl. Aerztetage in Wenden).

Das Bestreben, die Hysterie von den Erscheinungen der psychischen Degeneration zu trennen, wie es hauptsächlich von Charcot und Gilles de la Tourette unternommen wurde, hat das Verständniss dieser Krankheit eher verwirrt als geklärt, hat den grossen Bergungshafen schiffbrüchiger Diagnostik für Neurosen noch geräumiger gestaltet als er war.

Anders als auf der Basis der Degenerationstheorie können wir eine consequente Trennung der Hysterie von anderen Neurosen nicht bewerkstelligen, solange zugegeben werden muss, dass funktionelle Störungen auf nervösem Gebiete als solche sich noch lange nicht mit dem Begriffe der Hysterie decken. Die Unzulänglichkeit der erwähnten Trennungstheorie der Pariser Schule spricht sich deutlich und interessant in den Versuchen aus, innerhalb der Hysterie gewissermassen eine Hysterie κατ᾽ἐξοχήν eine sog. extreme Form festzustellen, wie es Sigm. Freud in seinen «Abwehrneurosen» vorschlägt. Immerhin aber bewegt sich Freud mit seinen Erwägungen über die Hysterie auf dem Boden der Degenerationslehre, indem er schon früher, vereint mit Breuer, den psychischen Mechanismus bei der Hysterie auf eingeschränkte Associationsfähigkeit zurückführt. Aehnliches veröffentlichen die meisten Autoren jüngsten Datums, obgleich keiner, mit Ausnahme von Möbius, das Kind beim rechten Namen nennen will.

A priori dürfte doch verständlich sein, dass wir zur Feststellung der Degeneration nicht erst des Vorhandenseins von Wolfsrachen, Hasenscharten, überzähligen Fingern etc. bedürfen. Im Gegentheil muss angenommen werden, dass der im Individuum sich zeigende Niedergang des Geschlechtes mit der Unzulänglichkeit der zuletzt in der Entwickelung der Art erreichten Eigenschaften oder Fähigkeiten in Erscheinung tritt Da wir die höchste Stufe organischer Entwickelung im menschlichen Gehirn zu suchen und als die höchste Vervollkommnung aller Gehirnthätigkeit die associativen Processe zu erkennen gewohnt und berechtigt sind, so muss ein Sinken derselben den ersten degenerativen Schritt involviren. Nach welchen Gesetzen nun die Associationen auch erfolgen mögen, — die associative Thätigkeit des

rüstigen Gehirnes beruht im Wesentlichen auf einer präcisen Citation von Erinnerungsbildern bei jedem neu gewonnenen Eindrucke, sie sind das Correktiv, durch welches der Eindruck assimilirt resp. neutralisirt wird. Auf den Mangel an hemmenden Erinnerungsbildern würden wir demnach das Vorherrschen von Impulsen zurückzuführen haben und ihre Undeutlichkeit muss eine Disharmonie, ein Schwanken zwischen Wollen und Können, zwischen Krampf und Erschlaffung zur Folge haben. Natürlich kann der Moment nicht ausbleiben, in welchem das Individuum auf seine eigene Dürftigkeit aufmerksam wird, wofern nur ein Minimum vergleichender Thätigkeit in ihm steckt. Ein unklares Idol für die eigene Person schwebt ihm vor, auf dessen Unerreichbarkeit es immer wieder stossen muss nach Maassgabe der seitens der Mitwelt an das Individuum gestellten Forderungen. Das Wachsen der physischen Kräfte treibt mittlerweile zu Versuchen, auch etwas gethan zu haben, auch etwas vorzustellen. Das in diesem Widerspruche in die Enge getriebene Individuum sucht nun nach einem Ausweg. einer Rettung vor dem drohenden oder aus dem schon vorhandenen psychischen Bankerott. Von den mannigfachen, vielbetretenen derartigen Auswegen nenne ich hier beispielsweise den Trunk und den Selbstmord, um dann auf die grosse Gruppe derer überzugehen die wir gemeiniglich als Hysterische bezeichnen, d. h. derjenigen Entarteten, die den Rettungsanker für ihre Minderwerthigkeit im Kranksein finden; gleichzeitig wird die Krankheit zum Blitzableiter für die Verzweiflung über das erlebte oder drohende Fiasco. Und in der That ist nunmehr erreicht, was gewünscht oder ersehnt wurde:

1. ist ein Patient ja eo ipso befreit vom lästigen Kampfe um's Dasein und entschuldigt wegen seines Nichterscheinens auf dem Plane, — wobei die tröstende Erwägung im Hintergrunde steht, dass man Grosses hätte leisten können, wenn nicht die «leidige Krankheit» dazwischen getreten wäre.

2. spielt man trotz alledem eine Rolle, denn man verdient und verlangt Beachtung als Patient und erhält als solcher die Mitwelt oder wenigstens die nächste Umgebung in steter Bewegung, ja, Aufregung oder gar Verzweiflung. Und — alles dieses giebt, wie ja verständlich, eine gewisse Befriedigung. Diese Befriedigung aber haben wir als das ersehnte Ziel der Hysterischen aufzufassen, sie lebt als gesuchtes oder gefundenes Kleinod in jedem hyster. Individuum, mitunter maskirt, entstellt, vom Kranken selbst in ihrem Wesen nicht erkannt, geschweige denn anerkannt. Sie wird unter Umständen mit dem äussersten Selbstbetrug erkauft; der mit unterlaufende Betrug der Mitwelt ist nie und nimmer das Ziel, — er wird nur mit in den Kauf genommen. Hierin haben wir den wesentlichen Unterschied zwischen hysterischem und simulirtem Kranksein zu suchen: Der Simulant will krank scheinen, der Hysterische — krank sein. Die Hysterie wird einzig und allein bestimmt durch die subjective Stellungnahme des Individuums zur eigenen Krankheit: sie giebt dem Kranksein und der Krankheit Wesen und Charakter sui generis. Auf diese subjective Stellungnahme haben wir auch unser Augenmerk zu richten, sobald es sich um differentialdiagnostische Abgrenzung der Hysterie gegen andere Krankheiten handelt, die gleich ihr durch das labile Gleichgewicht des Nervensystems gekennzeichnet sind. Dem Neurastheniker ist seine Krankheit Qual und Schrecken, dem Hysterischen — Trost und Rettung auch unter der Voraussetzung schwer empfundener subjectiver Beschwerden. Auf die äusseren, anscheinenden und thatsächlichen ätiologischen Momente kommt es demnach nicht an. Ob die Hysterie manifest wurde nach phys oder psych. Shok, ob durch körperliche oder geistige Ueberanstrengung, ob sie schliesslich im Pubertätsalter oder noch vor demselben zur Entwickelung kam, jener gefahrvollen Schwelle, bei deren Ueberschreitung der Entartete zu straucheln verflucht ist, — der degenerative Boden war vorhanden, das Dilemma der Gleichgewichtslosigkeit wurde gegeben, das Individuum suchte nach Rettung und fand dieselbe im Kranksein resp. Krankwerden. Unter solchen Voraussetzungen kann dem Charakter der im Krankheitsbilde der Hysterie vorkommenden Symptome keine specifische Bedeutung beigemessen werden. Gehen wir in Kürze näher auf dieselben ein, so haben wir folgende Kategorien zu unterscheiden:

1. Gelegenheitssymptome, d. h. organische Veränderungen wie etwa: Erkrankungen der Brust- und Bauchorgane, somatische Nervenleiden, — anderseits funktionelle Anomalien wie Magendarm — und Herzneurosen, Angioneurosen etc. Genannte Erscheinungen werden vom Individuum aufgegriffen. treten in den Vordergrund des Krankheitsbildes und erhalten gar den unberechtigten Stempel der Causalität.

2 Symptome, welche beim mangelhaft entwickelten Correktiv einer labilen Psyche durch Suggestion resp. Autosuggestion hervorgerufen wurden (nach manchen Autoren «unterbewusste Akte») so: Blindheit, Taubheit, Aphonie, Analgesie u. a. Zu solchen Erscheinungen nimmt der Kranke eine ausschliesslich passive Stellung ein.

3. Processe, die dem Kranken in ihrem Wesen und ihrer Entstehung wohl bekannt sind und zu denen er aktiv Stellung nimmt (nach manchen Autoren «oberbewusste Akte»): hierher gehören sämmtliche auf Zwangsvorstellungen, unkorrigirten Affekten und verunglückten Willensakten beruhenden Erscheinungen wie der Mutacismus, der hyst. Krampfanfall, die hyst. Schlafsucht und das hyst. Irresein.

4. erfundene Symptome: hierunter möchte ich die jeglicher Thatsächlichkeit entbehrenden Leiden verstanden wissen. Leiden, welche vom Individuum behufs Krankseins erdacht und vorgetäuscht werden. Von der Schamlosigkeit des Lügens wie wir es aus dem Munde Hysterischer hören sobald sie in Ermangelung objektiver wie subjektiver Symptome in Verlegenheit gerathen — kann nur derjenige ein zutreffendes Bild gewinnen. dem die Möglichkeit langdauernder und sehr intensiver Beobachtung vergönnt war.

Habe ich gleich bisher nur der sog. Accidents Erwähnung gethan d. h. nach Pierre Janet, derjenigen Symptome, welche vorübergehend auftreten und das subjektive Leiden des P. ausmachen, so bin ich doch weit davon entfernt die Existenz sog. hysterischer Stigmata leugnen zu wollen. Es giebt gewiss unveränderliche, objektiv nachweisbare Anomalien auf nervösem Gebiete, die dem Träger keine Beschwerden verursachen, ja nicht einmal zu seinem Bewusstsein gelangen. Sie sind aber praktisch wie theoretisch nicht verwerthbar, denn einmal weist lange nicht jeder Hysterische Stigmata auf und andererseits kann in ihnen nichts speciell für die Hysterie Pathognomonisches erblickt werden, sobald principiell anerkannt werden muss, dass auch die objectiv nachweisbaren funktionellen Störungen lediglich auf der Labilität des Gleichgewichtes zwischen Reiz und Hemmung beruhen.

Es handelt sich hier um Innervationsanomalien auf motorischem, sensiblem, sensorischem und trophischem Gebiete; als solche sind Paresen, Anästhesien, Gesichtsfeldeinengung und Darmneurose absolut gleichwerthig und präjudiciren an sich das Vorhandensein der Hysterie ebenso wenig wie das Oedem etwa ein Vitium cordis.

Die Hysterie ist der Günstling der ärztlichen Kunst, aufgezogen insbesondere durch die symptomatische Behandlung der Hysterischen; denn die Behandlung eines

jeden Symptomes als solches bedeutet eine Sanktionirung desselben, diese aber entspricht ganz und gar den Intentionen des hyst. Individuums, ist dadurch als schädlich gekennzeichnet und zu verwerfen. Damit will ich keineswegs über die Behandlung hysterischer Symptome den Stab gebrochen haben, — ich habe sie mit und ohne Erfolg exekutirt, spreche aber auch der erfolgreichsten Kur nur dann eine wesentliche und dauernde Bedeutung zu, wenn sie verbunden war mit einer zweckmässigen Beeinflussung der Persönlichkeit. Im Uebrigen muss auch in Voraussetzung der allerkorrektesten Behandlung das Material hinsichtlich der Prognose streng gesichtet werden: In den frischen, zumal jugendlichen Fällen dürfen wir rundweg von Heilbarkeit der Hysterie reden, wobei der specifischen Kur durchaus nicht die Bedeutung einer Conditio sine qua non zukommt. — Die an Lebensjahren oder gar an Krankheitsdauer älteren Fälle sind a priori als unheilbar zu betrachten u. zw. ist die Prognose um so schlechter je verschiedenere Behandlungsmethoden bereits eingeschlagen wurden. Freilich darf nicht übersehen werden, dass in den (wie ich sie nennen möchte) verdorbenen Fällen durch die Behandlung ausgiebige Veränderungen erzielt werden, doch nur unter der Voraussetzung, dass dem P. für seine Krankheit ein Aequivalent geboten wird, welches für seine labile Psyche wenigstens zeitweilig die Rolle des Deus ex machina übernehmen kann: Begeisterte Aufnahme der eingeschlagenen Curmethode, läppischer Enthusiasmus in der Anhänglichkeit zum behandelnden Arzte und andere an sich werthlose Seelenzuckungen versetzen das ganze Wesen des P. in so ausgiebige Bewegung, dass ihm die Krankheit als Lebensmotor entbehrlich wird. In anderen Fällen finden wir eine Erscheinung, die eine Inversion der Hysterie involvirt, wie ich mich ausdrücken möchte: Das Kranksein verliert aus irgend welchen Gründen an Werth und Reiz und bei fortbestehendem psychischem Dilemma muss nun der Trunk, der Morphinismus, der Selbstmord, allerlei Equilibristik auf philanthropischem Gebiete, die Bühne, das Kloster oder das Bordell (beim weibl. Individuum), die Vagabundage (beim männl. Individuum) in Scene treten. Kurzum — das Individuum will sich aus dem schwindelerregenden Schwanken zwischen Wollen und Können durch einen Sprung retten; es umgeht die dem Entarteten unerfüllbaren Forderungen des socialen Systemes, es flieht vor der grausamen Wirklichkeit, es dürstet nach momentanen Erfolgen, hascht nach wohlfeilen Lorbeeren. es tastet umher in dem Wirrwarr einer lebenslänglichen Sturm- und Drangperiode.

Sigm. Freud, der bei Hysterischen die Neigung zur «Conversion» constatirt, d. h. zur Uebersetzung von correktionslosen Erregungssummen in's Somatische, erklärt die Entstehung des hysterischen Irreseins derart, «dass es Personen giebt, die keine Eignung zur Conversion besitzen, infolge dessen muss der Affekt auf psychischem Gebiete verbleiben». Ich möchte meinerseits der Ansicht Ausdruck verleihen, dass das hysterische Irresein nicht nur da Platz greift, wo keine Eignung zur Conversion vorhanden war, sondern auch bei Individuen, die zu guter Letzt in der Conversion keine Befriedigung fanden. Bemerken will ich hier, dass ich dem hysterischen Irresein keineswegs alle bei Hysterischen vorkommenden Geistesstörungen einverleibe, wovor in neuerer Zeit wiederum von Pierre Janet eindringlich gewarnt wird. An das degenerirte oder bereits als hysterisch gekennzeichnete Individuum tritt ein Erlebniss, eine Empfindung heran, die einen gewaltigen Affekt hervorruft Jeder Eindruck fördert bekanntlich starke, schwache oder gar keine Hemmungen zu Tage, je nach Maassgabe der vorhandenen Associationen. Bei Personen, die auf der Stufe höchst möglicher Entwicklung stehen, sind wir gewohnt die Empfindung und ihre Verarbeitung zum Urtheile gewissermaassen als einen Akt ablaufen zu sehen, sie verhalten sich zu einander wie der Reiz zum Reflex. Was also im rüstigen Gehirne spielend vor sich geht, wird im minderwerthigen zu einem complicirten Akte: das Individuum sieht sich gezwungen, zu dem an sich unkorrigirten Eindrucke Stellung zu nehmen, es muss die Willenskräfte in Aktion setzen, um den Eindruck zu rubriciren und zu hemmen, was wegen Unzulänglichkeit der Erinnerungsbilder schlecht oder garnicht gelingt. Das Individuum wird nun vom Affekte, d. h. vom unneutralisirten Eindrucke hin- und hergezerrt, — es ergiebt sich ihm, hält und erklärt sich selbst für «verrückt» und benimmt sich danach. Die vom Affekte zu Tage geförderten Symptome sind natürlich sehr mannigfach und an sich ohne Bedeutung. Wichtig ist die Stellungnahme des P. zu seinem Affekte und die Benutzung desselben.

Aus dem Erwähnten geht hervor, dass wir bei solchen Patienten 3 Kategorien psychopathologischer Erscheinungen nicht zu erwarten haben: 1) Sinnestäuschungen, 2) Wahnideen, 3) Unfähigkeit, sich in den Eindrücken zurechtzufinden. Dagegen treten Zwangsvorstellungen und Illusionen mit einer Lebhaftigkeit auf, die unter Umständen zu fälschlicher Annahme von Wahn resp. Hallucinationen verführen kann. Von aller Ueberlegung wird abstrahirt, jeder momentanen Eingebung freier Lauf gelassen und P. träumt sich hinein in die absurdesten Rollen und Situationen. Irgend ein kleines Talent, eine isolirte Fähigkeit treibt ihn zu den unpassendsten Versuchen seiner Kräfte, die natürlich mit den kläglichsten Misserfolgen zu Scheiter gehen; an diesem Fiasco ist nun natürlich die Umgebung schuld, die böse Welt, die das Strahlende zu schwärzen liebt. P. ist das verkannte und vernichtete Genie. Aber mannigfache Bedenken, allerlei halbwegs korrigirte Vorstellungen lassen die erwähnte Situation zweifelhaft oder unerträglich werden: nun erfolgt ein Zusammenbruch in entgegengesetzter Richtung: Verzweiflung, Selbstvorwürfe, Einsamkeitstrieb, Nahrungsverweigerung; P. giebt sich als Ursache allen Unglückes in der Familie wie in der Welt aus; auf diesem Wege hat sich das Krankheitsbild in melancholischen Rahmen begeben. Das Kranksein habe die Bedeutung einer Strafe, und der Trieb, der verfahrenen Situation ein Ende zu machen, führt zum Tentamen suicidii: ein Sprung aus dem Fenster des 2. Stockes, das Ritzen der Haut mit einem stumpfen Messer, vergebliche Drosselversuche mit dem Taschentuche, Verschlucken von Gegenständen oder von geringen Dosen giftiger Substanzen sollen der verfehlten Existenz ein jähes Ende bereiten. Die Lautheit und Zudringlichkeit der Selbstanklagen, flagellantenhafte Selbstbespiegelung und Sättigung an der eigenen Schuld geben der Krankheit ein charakteristisches Gepräge und lassen dieselbe unschwer von der eigentlichen Melancholie unterscheiden. — Hat nun die Verzweiflung und Zerfahrenheit des P. ihren höchsten Grad erreicht, so stellt sich Mutacismus ein oder der hysterische Krampfanfall erscheint auf dem Tapet, der Ausdruck par excellence für alle hysterischen Unlustgefühle überhaupt. Hier möchte ich auch der hysterischen Pseudo-Verwirrtheit Erwähnung thun. Ich habe dergleichen nur bei Individuen beobachtet, welche bei besonders hochgradiger Lebhaftigkeit des Affektes in der Aeusserung ihrer Krankheit zu übertreiben sich gemüssigt sahen. Von Ort und Zeit will der P. nichts wissen; er versteht, begreift und erkennt anscheinend überhaupt nichts oder sehr wenig und langsam, was dadurch Ausdruck gewinnen soll, dass er z. B. Gegenstände erst nach langer, sorgfältiger Betrachtung mit höchst gesuchten Umschreibungen bezeichnet: Zündhölzchen = «womit man brennt», Papyros = «weisse Cigarre», Ring = «rund» u. dgl. m. Be-

stimmte Buchstaben werden beim Lesen ausgelassen oder sie werden in der Mitte des Wortes fliessend gelesen aber am Anfange des Wortes nicht erkannt. P. nimmt einen hilflosen Gang an, spielt verlegen mit seinen Fingern, macht verrenkende Bewegungen mit den Armen und spricht mit kindlich-rührseliger Stimme unzusammenhängende Dinge. Die Handlungen sind häufig verkehrter als bei den aller disorientirtesten Deliranten, lassen aber eine gewisse Consequenz und Planmässigkeit erkennen, die mit einer thatsächlichen Verwirrtheit nicht in Einklang zu bringen ist. P. gebärdet sich höchst ungeordnet, jedoch nur in einem bestimmten Raum oder in bestimmter Gesellschaft; er zerschlägt Fensterscheiben, aber nur so, dass er dabei ohne Verletzung davonkommt, oder er ist im Gegentheil durchaus darauf bedacht, sich ganz bestimmte Verletzungen beizubringen. Zeitweilig will er es mit bewunderungswürdiger Energie durchsetzen, baarfuss in den Schnee zu laufen. Dann wieder folgt eine Periode, in der P. sein ganzes Sinnen und Trachten ausschliesslich darauf richtet, z. B. Nachtgeschirre umzuwerfen. Der beste Beweis für Abwesenheit thatsächlicher Unfähigkeit, sich in den äusseren Eindrücken zurechtzufinden ist gegeben, wenn Nachahmungstrieb bemerkt wird, der allerlei Krankheitssymptome aus der Beobachtung der Umgebung mit Geschick oder Ungeschick reproducirt. Noch eklatanter ist der Nachweis, wenn es gelingt, den Kranken durch Reizen in Zorn zu versetzen. Dann erfolgt entweder ein unverfälschter Zornausbruch als deutlichster Beweis dafür, dass P. auch das letzte an ihn gerichtete Wort wohl verstanden hat, oder es stellt sich blinde Wuth ein, eine Art Tobsucht, die sehr gewöhnliche Reaktion Hysterischer auf äusseren Druck. Es kommt in dieser hysterischen Tobsucht alles vor, was irgend unter Toben verstanden werden kann, jedoch ohne den Chic, das Geschick und die Erfindungsgabe des Maniacus, ohne die beängstigende Erregung des Paralytikers und ohne die charakteristische Zwecklosigkeit bei agitirten Schwachsinnigen. Ganz zutreffend würde das unbefangene Laienurtheil dieses Benehmen als im höchsten Grade flegelhaft bezeichnen.

Gerade die hysterische Tobsucht bietet dem Beobachter die beste Gelegenheit zu constatiren, dass P. sich dem gegebenen Affekte mit einer gewissen Genugthuung hingiebt und geisteskrank sein will. Solches dürfte vielleicht grössere Schwierigkeiten bieten, sobald das Krankheitsbild vorwiegend von Illusionen beherrscht ist und insbesondere da, wo diese Illusionen auf sexuellem Boden stehen. Patient, oder häufiger Patientin fühlt sich durch geschlechtliche Ansinnen seitens vorhandener oder nicht vorhandener Personen verfolgt. Ab und zu wird sie genothzüchtigt, wälzt sich auf dem Fussboden, schreit, macht Beckenbewegungen und durchlebt per illusionem ein wahres Kreuzfeuer sexuellen Unflathes. Hierbei werden die Augen geschlossen gehalten. Je nach dem Charakter solcher Illusionen ist P. nach derartigen Scenen verzweifelt, entehrt, für immer geschändet oder aber es greift eine grenzenlose Verzückung Platz, da P. des Coitus mit dieser oder jener hochgestellten resp. ersehnten Persönlichkeit gewürdigt wurde. P. phantasirt sich nunmehr in die Rolle einer Gattin der betreffenden Personen hinein, ist Grossfürstin geworden, ladet zu ihrer Krönung ein u. s. w. Dieser anscheinende Wahn nimmt aber — wie die Zwangsvorstellung — nicht das ganze Bewusstsein des Individuums ein. Der P. befindet sich sozusagen nicht im Wahne, sondern ausserhalb desselben. Der hier obwaltende psychologische Hergang entspricht der Tendenz des Schauspielers sich nach Möglichkeit in die darzustellende Rolle hineinzuleben, sich in ihr zu fühlen. — Beim Examiniren der Patienten bringen dieselben nicht den Wahn als Faktum vor, sie äussern sich nicht über das, was ihr Bewusstsein alterirt, sondern halten sich darüber auf, dass es da ist oder — dass das Vorhandene angenehm resp. unangenehm sei. Ganz dasselbe lässt sich von den vermeintlichen Hallucinationen der Hysterischen sagen.

Am deutlichsten tritt dieses Doppelwesen des hysterischen Irreseins zu Tage, wenn dasselbe in den Rahmen der folie du doute gefasst ist: es ist eine Erquickung in der Selbstquälerei, die schliesslich ihren Gipfelpunkt erreicht in der verzweifelten Erwägung des P., ob seine Krankheit nicht ein Sichgehenlassen sei oder gar auf Simulation beruhe? — Dieser letztgenannte Zweifel ist natürlich von höchstem Interesse und entscheidendem Werthe, da er einen Beweis liefert für die Stellungnahme des Kranken zur eigenen Krankheit.

Das hysterische Irresein ist den mannigfachsten und überraschendsten Metamorphosen unterworfen. Es ist sowohl akute als chronische Psychose und gelten für seine Dauer und Heilbarkeit die nämlichen prognostischen Gesichtspunkte wie für die Hysterie überhaupt.

Bei den prognostisch günstigen Fällen ist neben der psychischen Allgemeinbehandlung die Isolirung nicht ausser Acht zu lassen; schon wegen der Neigung Hysterischer zum Inducirtwerden. Dass der hysterisch Irre sich selbst krank fühlt, braucht nach dem Gesagten gewiss nicht mehr hervorgehoben zu werden, ich betone es aber nochmals, weil Hysterische nur allzu häufig subjektives Gesundheitsgefühl angeben, sobald sie überzeugt sind, dass die Umgebung sie unzweifelhaft als krank nimmt. Andere allerdings verlangen stürmisch nach der Ueberführung ins Irrenhaus.

Das Kranksein wollen, das selbstthätige Moment im Krankheitsbilde ist eben das Entscheidende für die Beurtheilung des hyst. Irreseins, wie der Hysterie überhaupt, die wir nach ihren Einzelsymptomen nicht abgrenzen können.

Denn die Hysterie ist: Kranksein als Aequivalent des psychischen Gleichgewichtes bei subjektiv empfundener Unzulänglichkeit entarteter Individuen.

Hämatoma scroti nach Asphyxie.

Von
Hans Kentmann
Volontairassistent.
(Aus der Breslauer Frauen-Klinik des Herrn Prof. Küstner).

Verletzungen und diesen ähnliche Veränderungen, die sich am Körper des neugeborenen Kindes gelegentlich finden, verdienen in practischer und forensischer Hinsicht Beachtung. Es sind insbesondere gewisse am Kinde vorgenommene therapeutische Maassnahmen verantwortlich gemacht worden für Hämatome, die man an verschiedenen Organen wahrnahm, jedoch, wie man auf Grund unserer heutigen Kenntniss der Asphyxie sagen kann, irrthümlicher Weise; in foro könnten derartige Hämatome auch auf illegale Eingriffe bezogen werden, und haben diese Ercheinungen daher auch forensische Bedeutung.

Nachdem die Blutungen im Schädelinnern und die von Körber[1]) und Koffer[2]) veröffentlichten Fälle von Leberruptur durch Schultze[3]) eine ausreichende Beleuchtung erfahren haben, und des weiteren die Claviculafracturen in ihrem Zusammenhang mit Schultze'schen Schwingungen durch die Mittheilungen von Schultze[4]), Keilmann[5]) und Beuttner[6]) einer correcten Be-

[1]) St. Petersbg. med. Wochenschr. 1892 № 51. — 1893. № 3.
[2]) Wiener med. Blätter 1893 № 4.
[3]) Centralblatt für Gynäkologie 1893. № 15.
[4]) Centralblatt für Gynäkologie 1894. № 8.
[5]) Centralblatt für Gynäkologie 1895. № 3.
[6]) Centralblatt für Gynäkologie 1895. № 22.

urtheilung zugänglich geworden sind, erscheint es nicht unpassend über einen Fall von Hämatoma scroti zu berichten. Es ist dieses Hämatom in klarster Weise als Folge von Asphyxie anzusehn und, da es den beiden von Winter[7]) als «Folge von Schultze'schen Schwingungen» veröffentlichten Fällen vollkommen entspricht, geeignet diese Publication richtig beurtheilen zu lassen.

Der Fall sei in Folgendem referirt: (Journal 1895. Station II. № 331).

Frau A. J. 29 a. n. I. p. ist bisher immer gesund gewesen. Ihre erste Regel bekam sie mit 16 Jahren (4-wöchentlich, 2–3-tägig, regelmässig). Letzte Regel Anfang Januar d. J. — Die Schwangerschaft ist anfangs ohne Störung verlaufen, doch traten in letzter Zeit öfters Erbrechen und Kopfschmerzen auf, und stellten sich Oedeme der unteren Extremitäten ein neben Abnahme der bisher reichlichen Harnsecretion.

Am 26. September will sie sehr heftige Kopfschmerzen gehabt haben.

Am 27. September um 5 Uhr morgens trat der erste eclamptische Anfall ein und wurde Schwangere darauf um 10 Uhr morgens in die Klinik übergeführt, nachdem noch weitere 6 Anfälle bis dahin aufgetreten.

Status: Kräftig gebaute, wohlgenährte Frau von bleicher Hautfarbe; Abdomen, sowie Geschlechtstheile und untere Extremitäten hochgradig oedematös. Fundus uteri am Rippenbogen. Rücken des Kindes rechts, kleine Theile links. Kopf fast im Becken. Kindliche Herztöne gut und von normaler Frequenz. Muttermund geschlossen. Wehen sind nicht zu constatiren.

Es treten bis 8 Uhr abends noch weitere 5 Anfälle auf und wird Morphium subcutan verabfolgt (im Ganzen 0,06). In den Pausen zwischen den Anfällen erholt sich Schwangere zu halbem Bewusstsein. Wehen haben nicht eingesetzt. — Urin sehr spärlich, eiweisshaltig (4:1000 nach Esbach). — Die kindlichen Herztöne, die im Laufe des Tages bisweilen ein wenig undeutlicher wurden, haben sich vollkommen wieder erholt.

Die eclamptischen Anfälle wiederholten sich nicht mehr. Vom 28. September bis 2. October besserte sich der Zustand der Schwangeren. Es wurde für reichliche Diaphorese (Zweifel'sches Schwitzbett, heisse Bäder) und Diurese gesorgt. Urinmenge 500—600 cubcm. pro Tag; Eiweiss 7—1:1000. — Temperatur normal, Puls 80—100.

3. October. Partus: Um 1 Uhr morgens Wehenbeginn. — Status um 4 Uhr morgens: Rücken rechts, kleine Theile links, Kopf fast im Becken. Kindliche Herztöne rechts neben der Linea alba unterhalb des Nabels deutlich, regelmässig und von normaler Frequenz.

Um 8 Uhr morgens geht Fruchtwasser ab, das gleichmässig schwach grün verfärbt ist; der Blasensprung hat unbemerkt stattgefunden. Kindliche Herztöne gut.

Um 11 Uhr vormittags geringer Blutabgang. Die bisher normalen Herztöne werden langsamer und undeutlicher; eine genaue Controlle derselben ergiebt nach einiger Zeit ein plötzliches Ansteigen in deren Frequenz auf 150—200—224. — Da ein weiteres exspectatives Verfahren trotz guter Wehen als für das Kind zu gefährlich erscheint, wird in Narcose an den bei vollständig erweitertem Muttermunde im II. schrägen Durchmesser stehenden Kopf die Zange angelegt. Die Entwickelung des grossen Kopfes bietet bei den engen und straffen Genitalien der Erstgebärenden einige Schwierigkeit. Es erfolgt ein Dammriss. Die Austreibung des kindlichen Rumpfes erleidet eine Verzögerung dadurch, dass die vordere Schulter an der Symphyse angehakt ist, und wird das Kind schliesslich mit allen Zeichen der blauen Asphyxie geboren. Dem Fruchtwasser ist jetzt Meconium auch in grösseren dunklen Flocken beigemischt. — Das Kind wird sofort abgenabelt und macht nur geringe schwache Athembewegungen; nach Application von Hautreizen schreit es nach ca. 10 Minuten im Bade mit kräftiger Stimme.

Das Kind ist männlichen Geschlechts 4120 gr. schwer, Länge 53 cm., Kopfumfang 39 cm., Schulterumfang 40 cm. An den Stellen wo die Zangenlöffel den Kopf gefasst haben ist die Haut excoriirt, im Uebrigen erscheint das Kind durchaus normal.

Wochenbett der Mutter: Der erste und zweite Tag verlaufen normal, am 3., 4. und 5. Tage Temperatursteigerung, die am 6. Tage bleibend zur Norm absinkt. Wöchnerin hatte am 3. Tage trotz Verbots sich mehrfach aufgesetzt, sogar das Bett verlassen, wobei die frische Dammnaht aufgeplatzt war und wodurch die Temperatursteigerung sich wohl auch erklärt. Am 12. Tage verlässt Wöchnerin das Bett. Der Puls hielt sich bis zum 13. Tage über 100 und kehrte dann bleibend zur Norm zurück.

[7]) Vierteljahresschrift für gerichtl. Medicin 1887. N. F. Bd. 46 (Fall 4 u. 5).

Die Urinmenge steigt am 2. Wochenbettstage auf 3500 cbcm (1:1000 Eiweiss) und sinkt dann allmählich bis zum 8. Tage auf 1500 cbcm. (Eiweiss in Spuren). Die Oedeme schwanden. In den letzten Tagen allgemeines Wohlbefinden. Am 17. Tage p. p. wird Wöchnerin gesund entlassen; Urin wird in normaler Menge secernirt und ist eiweissfrei.

Das Kind ist gut entwickelt, wird künstlich ernährt und bis zum Nabelabfall nicht gebadet. Jeden Morgen wird das Körpergewicht bestimmt. Der detaillirtere Verlauf war folgender:

1. Tag: Anfangsgewicht 4120 gr. Athmung frei ohne Rasseln. Keine Nahrungsaufnahme.
2. Tag: Gewicht 4030 gr. 1 Meconiumstuhl. Keine Nahrungsaufnahme. Temperatur 36,5 (rectal). Es macht sich eine leicht bläulich rothe Verfärbung der linken Scrotalhälfte bemerkbar. Testikel im Scrotum zu tasten.
3. Tag: 3810 gr. 2 Mahlzeiten. 1 Meconiumstuhl. Temperatur 38,1. Am Scrotum geringe weiche Schwellung, bläulichrothe Verfärbung.
4. Tag: 3800 gr. 3 Mahlzeiten. Erster Milchstuhl. Temperatur 36,8. Schwellung wie gestern, vielleicht ein wenig zugenommen.
5. Tag: 3770 gr. 2 Mahlzeiten 1 Stuhl. Temperatur 36 5. Schwellung zugenommen, prall, hart, blauroth.
6. Tag: 3750 gr. 4 Mahlzeiten. 2 Stühle. Temperatur 38,5. Unruhe. Scrotalschwellung prall.
7. Tag: 3750 gr. 3 Mahlzeiten. 1 Stuhl. Temperatur 37,6. Erbrechen und Unruhe, es wird Salzsäure verordnet. Schwellung zunehmend, Priessnitz'scher Umschlag.
8. Tag: 3760 gr. 5 Mahlzeiten. 3 Stühle. Temperatur von nun an normal. — Brechen und Unruhe, Salzsäure fortgesetzt. — Schwellung wie gestern mit geringer Andeutung von Fluctuation; Priessnitz.
9. Tag: 3740 gr. 5 Mahlzeiten. 2 grüne Stühle, Salzsäure. — Das Kind wird in der chirurg. Poliklinik vorgestellt und werden daselbst Bleiwasserumschläge aufs geschwollene Scrotum angeordnet.
10. Tag: 3740 gr. 6 Mahlzeiten. 2 Stühle. Salzsäure. — Nabelabfall. Bad. — Keine Abnahme der Schwellung, Bleiwasserumschläge. — Grosse Unruhe.
11. Tag: 3760 gr. 4 Mahlzeiten. 2 Stühle. Salzsäure. In der chirurg. Poliklinik wird von Herrn Dr. Tietze das Scrotum incidirt: es entleert sich etwa ein Dessertlöffel flüssigen, schwarzen Blutes, welches mikroskopisch stellenweise reichliche Leukocyten aufweist. — Die Wunde wird durch Jodoformgaze offen gehalten. — Das Kind ist ruhiger als in den letzten Tagen.
12. Tag: 3760 gr. 7 Mahlzeiten. 2 Stühle. — Salzsäure. — Geringe blutige Secretion der Wunde; trockner Verband. Keine Eiterung wahrnehmbar.
13. Tag: 3750 gr. 4 Mahlzeiten. 2 Stühle. — Salzsäure. — Status idem.
14. Tag: 3700 gr. 4 Mahlzeiten. 2 Stühle. — Soor, Salzsäure. — Wunde secernirt spärlich.
15. Tag: 3600 gr. 7 Mahlzeiten. 1 Stuhl. — Soor geringer, Salzsäure. — Status idem.
16. Tag: 3600 gr. 4 Mahlzeiten. 3 Stühle. — Soor geschwunden. — Die Wunde im Scrotum im Verheilen ohne makroskopisch wahrnehmbare Eiterung.
17. Tag: 3620 gr. — Das Kind wird entlassen. — Wunde fast vollkommen geheilt.

Am 7. November habe ich das Kind wiedergesehen: es hat sich bei künstlicher Ernährung gut entwickelt und fand sich am Scrotum keinerlei Veränderung mehr vor; Testikel deutlich in demselben fühlbar, nirgends eine Infiltration zu palpiren, die Incisionswunde schön verheilt mit Hinterlassung einer kaum bemerkbaren strichförmigen zarten Narbe.

Resumiren wir in Kurzem die für uns wichtigen Facta aus obigem Referat, so ergiebt sich Folgendes:

Das Kind hat zweimal Asphyxie durchgemacht. Das erste mal am 27. September während der eclamptischen Anfälle der Mutter, was sich durch den undeutlicheren Herzschlag des Kindes vermuthen, und nach dem Blasensprung am 3. October im leicht und gleichmässig grün verfärbten Fruchtwasser, d. h. also in der vor längerer Zeit bereits erfolgten und dadurch gleichmässig vertheilten Beimischung von Meconium zu demselben, beweisen liess. Von dieser ersten Asphyxie erholte sich das Kind, wie es scheint, vollkommen. Die zweite schwerere Asphyxie acquirirte dasselbe während der Austreibung, und brachte dieselbe mit zur Welt; es trat während der Geburt durch Kohlensäureüberladung des Blutes Reizung des Vagus mit consecutiv verlangsamtem Herzschlag auf und, da die dieses bedingenden schädlichen Momente weiter fortwirkten, schliesslich Lähmung des Vagus mit beschleunigtem

Rhythmus der Herzcontractionen; parallel dieser Erscheinung geht die Lähmung des Athemcentrums und die Steigerung des Blutdruckes im Venensystem. Dass die schwere Zangenentbindung und die verzögerte Austreibung des Rumpfes verstärkend auf diese Erscheinung eingewirkt haben, ist selbstverständlich. — Die Asphyxie, oder richtiger die Lähmung des Athemcentrums hatten jedoch noch nicht ihr Maximum erreicht, so dass einfache Hautreize ausreichten, um die Athmung bald in Gang und damit alle übrigen schädigenden Momente zum Verschwinden zu bringen; immerhin hatte die Asphyxie genügt, um zu Blutaustritten aus den Gefässen zu führen, welche ja bei gewisser Ausbildung der Asphyxie als regelmässig anzusehn sind. Bereits am zweiten Tage, also ca. 25 Stunden p. p macht sich eine bläulich-rothe Verfärbung am Scrotum d. i. eine Hämatombildung daselbst bemerkbar, die im Laufe der nächsten 5 Tage noch zunimmt, — eine Erscheinung, die uns nicht zu verwundern braucht; wissen wir doch aus dem oben erwähnten Koffer'schen Fall, dass sich derartige durch Asphyxie bedingte Hämatome erst allmählich bis zu ihrem Maximum zu entwickeln brauchen.

Vergleichen wir diesen Befund an unserem Kinde mit dem in Fall 4 und 5 der von Winter veröffentlichten Sectionsprotokolle [8]), so finden wir eine Uebereinstimmung der Thatsachen, nur geht deren Deutung auseinander. Winter bezeichnet seine Befunde von «stark geschwollenem und schwarzblau durckschimmerndem Scrotum» bei dessen Einschneiden sich «schwarzes flüssiges Blut ergiesst», als «Verletzungen durch Schultze'sche Schwingungen»; — dem können wir im Hinblick auf unseren Fall, der dieselben Erscheinungen darbietet, bei dem aber keine Schwingungen ausgeführt wurden und irgend welche Verletzung ausgeschlossen ist, nicht beipflichten. — Winter ist in der Deutung seiner Befunde demselben Irrthum verfallen, wie nach ihm auch Körber und Koffer, dass er als Ursache für das Zustandekommen der Blutung nicht die primär schädigende Asphyxie angesehn hat, sondern Maassnahmen, die erst bedingt sind durch die Folgeerscheinungen eben dieser den therapeutischen Eingriff erheischenden Schädigung.

Auch in forensischer Beziehung dürfte der Fall insofern interessant sein, als er wiederum lehrt, dass gewisse kleinere und grössere Blutaustritte an Leichen Neugeborener nicht immer die Folge von mechanischen Insulten zu sein brauchen, da solche hier unter keinen Umständen stattgefunden haben, — andrerseits in der Asphyxie allein eine ausreichende Erklärung finden können.

Dass Clavicularbrüche Folge von Schultze'schen Schwingungen sein können, darf, wenn sie richtig ausgeführt werden, entschieden in Abrede gestellt werden; sind sie intra partum entstanden, so bieten sie keine Contraindication für die erwähnte Wiederbelebungsmethode, wie durch die oben erwähnten Mittheilungen von Schultze, Keilmann und Beuttner gezeigt worden ist. Rupturen der Leber sind, wie Schultze bewies, Folgen einer Hämatombildung durch Asphyxie, nicht der Schwingungen, und im Lichte des oben beschriebenen Falles können die Hämatome des Scrotums von Winter auch nur der Asphyxie, nicht der Behandlung derselben zur Last gelegt werden. Wie Rippenfracturen und ähnliche grobe Verletzungen zu beurtheilen sind hat Runge [9]) gezeigt.

Man darf also wohl jetzt schon die Schultze'schen Schwingungen als jeglicher Gefährlichkeit entkleidet ansehn, nachdem die ihnen je vorgeworfenen Schädlichkeiten durch die Erfahrung widerlegt sind. — Oben referirter Fall soll ein weiterer Beitrag zur Bereicherung der Erfahrungen über Wesen, Symptome und Behandlung der Asphyxie sein und ist wegen der offenbaren Seltenheit von Scrotalhämatomen nach Asphyxie, an sich der Veröffentlichung werth.

Meinem hochverehrten Chef Herrn Prof. Küstner danke ich für die gütige Erlaubniss zur Veröffentlichung besprochenen Falles.

Breslau 10. November 1895.

[8]) l. c.

[9]) St. Petersbg. med. Wochenschrift 1889. № 20.

Referate.

Prof H. Eichhorst: Ueber die Beziehungen zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose (Corr.-Bl. für Schw. Aerz. 1895 № 13).

Wenn man jetzt auch mehr und mehr zur Einsicht kommt, die Hauptgefahr einer serösen Pleuritis beruhe auf dem späteren Hinzutritt von Tuberculose, so gehen doch die Angaben der sich nur auf die klinische Statistik stützenden Autoren über das Häufigkeitsverhältniss dieses Vorganges sehr weit auseinander. Die Mängel und Unzuverlässigkeiten, welche der ausschliesslich klinischen Beobachtung anhaften, machen einen klaren Einblick in die Verhältnisse unmöglich; dieser könnte nur gewonnen werden, wenn es gelingen wollte, an dem serösen pleuralen Exsudate selbst die tuberculöse Natur nachzuweisen. Die bacterio-scopische Untersuchung genügt aber in dieser Beziehung nicht, denn in allen Fällen mit negativem Ergebniss (und diese Fälle sind selbst beim Kucharsky-'schen Absetzverfahren die häufigeren) wäre es natürlich grundfalsch, die Möglichkeit der Tuberculose ganz auszuschliessen. Um die Beziehung zwischen seröser Pleuritis und Tuberculose mit mathematischer Sicherheit aufzudecken, giebt es nur einen einzigen Weg und der ist Verbindung zwischen klinischer Beobachtung und dem Thierversuch. E. hat seit einem Jahre bei allen serösen Pleuritiden der Züricher Klinik Impfungen mit dem Exsudat an Meerschweinchen, welche bekanntlich sehr fein auf das tuberculöse Gift reagiren, vorgenommen und zwar, worauf er Gewicht legt, mit einer grösseren, c. 15 Ccm. fassenden, Spritze in die Bauchhöhle. Bei diesem Verfahren stellte sich an 23 Kranken mit seröser Pleuritis aber ohne irgend eine nachweisbare tuberculöse Organaffection, die geradezu erschreckende Thatsache heraus, dass von den nach 6—8 Wochen getödteten Thiere 15, also 65,2% an Tuberculose erkrankt waren. Mithin sind annähernd zwei Drittheile aller Fälle von seröser Pleurtis tuberculöser Natur und hier ist eher zu niedrig als zu hoch gegriffen, da E. es selbst erlebte, wie von seinen Unverdächtigen doch noch einer nach 2 Monaten mit ausgesprochener Tuberculose wieder in die Klinik eintrat. Hinsichtlich des Ausgangspunktes der tuberculösen serösen Pleuritis nimmt E. an, dass dieser weniger in verborgenen tuberculösen Herden der Lunge, als vielmehr in einer Tuberculose der Bronchialdrüsen zu suchen ist und daneben sicher auch Fälle von primärer Pleuratuberculose vorkommen. Jedenfalls haben die vom Verf. gefundenen Zahlen eine hohe Bedeutung für die Prognose und Therapie der serösen Pleuritis und kann man sich nicht gut der Schlussfolgerung entziehen, dass die spontane Entzündung auch anderer seröser Häute die Gefahr der Tuberculose in sich birgt.
Fremmert.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden

14.—16. September 1895.

Zweite Sitzung.

Donnerstag den 14. September 1895, 4 Uhr Nachmittags.

1. Dr. E. Kiwull hält seinen angekündigten Vortrag:

«Ueber das ärztliche Berufsgeheimniss:»

In folgendem erlaube ich mir, dem «Livländischen Aerztetag» ein kurzes Referat über ein Thema zu geben, das in der letzten Zeit, sowohl bei uns in Russland, als auch anderwärts mehr in den Vordergrund des Interesses getreten ist und an dessen Bearbeitung nicht allein Mediciner, sondern auch Juristen thätig gewesen sind. Ich meine das Thema des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Die Arbeiten, auf die ich mich in diesem Referat beziehe, sind medicinische von Petersenn, Berthenson, Plazek und juristische von Koni und Taganzew.

Ich gedenke mich kurz zu fassen und werde die ältere Geschichte dieser Frage nicht weiter berühren, trotzdem dieselbe des Interessanten genug bietet.

Betrachten wir zunächst die einschlägigen Gesetzesbestimmungen der wichtigeren Culturstaaten Westeuropas und vergleichen dieselben dann mit den bestehenden Bestimmungen der russischen Gesetzgebung.

Was Deutschland angeht, so sagt § 300 des Strafgesetzbuches: «Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Vertheidiger in Strafsachen, Aerzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehülfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen Kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafen bis zu 1,500 Mark, oder mit Gefängniss bis zu 3 Monaten bestraft.»

Nach § 52 der Strafprocessordnung sind Aerzte in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist, zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt.

Die französische Gesetzgebung, der code pénal § 378, bestraft Verletzung des Berufsgeheimnisses der Aerzte, Pharmazeuten, Hebammen mit Gefängniss von 1 bis 6 Monaten und einer Geldstrafe von 100 bis 500 Francs.

Die Frage ob der Arzt der Zeugnisspflicht genügen soll, wird seiner eigenen Entscheidung überlassen. — Er kann nicht zur Aussage über ein ihm in Ausübung seines Berufes anvertrautes Geheimniss gezwungen werden.

Und wie streng diese Bestimmungen gehandhabt werden, ersieht man aus einem Factum in der bekannten Affaire des Cornelius Herz im Panama-Skandal. — Die Professoren Brouardel und Delafois waren auf obrigkeitlichen Befehl nach England gesandt worden, um zu constatiren ob C. Herz nach Frankreich gebracht werden könne, um Zeugenaussagen zu machen. Als man jedoch mit der Verlesung des Gutachtens in der Gerichtssitzung begann, legten alle anwesenden Aerzte stürmisch gegen die öffentliche Verlesung Protest ein, und dieselbe musste unterbleiben.

Das österreichische Strafgesetzbuch sagt § 498: «Ein Heil- oder Wundarzt, Geburtshelfer oder eine Wehemutter welche die Geheimnisse der ihrer Pflege anvertrauten Personen Jemand anderem, als der anfragenden Behörde entdecken, sollen für die Uebertretung das erste Mal mit Untersagung der Praxis auf 3 Monate, das zweite Mal auf 1 Jahr, das dritte Mal für immer — bestraft werden.»

Das ungarische Strafgesetzbuch sagt § 328: «Oeffentliche Beamte, Advokaten, Wundärzte, Apotheker und Hebammen, welche ein ihnen Kraft ihres Amtes, ihrer Stellung oder ihrer Beschäftigung zur Kenntniss gelangtes, den guten Ruf einer Familie oder einer Person gefährdendes Geheimniss ohne begründete Ursache einem dritten offenbaren, begehen ein Vergehen und werden auf Antrag der verletzten Partei mit Gefängniss bis zu 3 Monaten und an Geld bis zu 1,000 Gulden bestraft.»

Die endgültige Form für Italien (Strafgesetzbuch § 163) sagt: «Wer ohne gegründete Ursache ein Geheimniss offenbart, von welchem er Kraft seines Standes oder Gewerbes Kenntniss erlangt hatte und dessen Offenbarung Schaden stiften kann, wird mit Haft von höchstens einem Monat oder einer Strafe von 50 bis 1,000 Lire bestraft; diese Strafe darf nicht unter 300 Lire betragen, wenn Schaden entstanden ist.»

In England wird die Wahrung des Berufsgeheimnisses nur den Juristen zur Pflicht gemacht. Bestimmungen für Aerzte giebt es auffallender Weise keine.

Recapituliren wir, so finden wir, dass mit Ausnahme der englischen, alle Gesetzgebungen dem Arzte strenges Berufsgeheimniss auflegen und ihn mehr oder weniger streng für die Verletzung desselben bestrafen. Dabei zeichnet sich besonders die Fassung der Bestimmung im österreichischen Strafgesetzbuch durch Schärfe und Klarheit aus, ausserdem noch dadurch, dass nicht zu viel der Interpretation des Richters überlassen wird.

Wenn wir zum Vergleich jetzt die russischen Gesetzesbestimmungen heranziehen, so finden wir directe auf das ärztliche Berufsgeheimniss bezügliche Paragraphen nicht. Nur ganz allgemein gehaltene Bestimmungen finden wir im § 423 des Strafgesetzbuches: «Für Veröffentlichung von Sachen, die geheim gehalten werden sollen etc., unterliegt der Schuldige je nach der Wichtigkeit der Sache und den mehr oder weniger nachtheiligen Folgen, die dadurch entstanden sind, oder hätten entstehen müssen: entweder der Entsetzung vom Amt, oder der Ausschliessung aus dem Dienst, oder aber überdies der Gefängnisshaft auf eine Zeit von 4 bis 8 Monaten».

Ferner § 137 des Friedensrichter-Strafgesetzes nur auf Beamte bezüglich. «Wer eine unter dem Siegel der Verschwiegenheit ihm gemachte Mittheilung .... oder auf sonst welche ungesetzliche Weise in Erfahrung gebrachtes Geheimniss in der Absicht aussprengt, die Ehre Jemandes zu kränken, unterliegt dem Arrest nicht über 15 Tage oder einer Geldbusse im Betrage von nicht mehr als 50 Rubeln.»

Dagegen haben wir eine grosse Anzahl von Bestimmungen in denen der Arzt vom Gesetz verpflichtet wird, Berufsgeheimnisse zu offenbaren: 1) Vorschriften wider Verbreitung epidemischer und ansteckender Krankheiten (§§ 854—858 «Уложеніе о наказаніяхъ») und 2) Pflichtversäumnisse der Aerzte, Accoucheure und Hebammen (§§ 872—880 «Уложеніе о наказаніяхъ»).

Und endlich haben wir noch den Facultätseid oder Hippocratischen Eid: «Quae vero inter curandum, aut etiam medicinam minime faciem in communi hominum vita vel videro, vel audiero, quae in vulgus efferri non decet, ea arcana esse ratus, silebo!»

Von Seiten hervorragender russischer Juristen (Koni-Taganzew) ist die Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses mehrfach ventilirt worden. Zunächst stellen sie sich zum Hippocratischen Eide so, dass sie sagen: «er habe nur moralische und keine juristische Bedeutung». — Dieselbe Auffassung finden wir in einer Senatsentscheidung (1887. № 23. Рѣшеніе уголовнаго кассаціоннаго Департамента).

Am schwierigsten gestaltet sich die Frage bei uns, wenn der Arzt Zeugenaussagen vor Gericht machen muss. Denn während fast alle westeuropäischen Gesetzgebungen dem Arzt das Recht zugestehen, Zeugenaussagen zu verweigern, geniessen bei uns dieses Recht nur Geistliche und Juristen. — (§ 704* уставъ уголовнаго судопроизводства.) In der ursprünglichen Fassung dieses Gesetzesparagraphen waren Aerzte auch aufgenommen worden, aber nachher wieder gestrichen, weil: «освобожденіе этихъ лицъ отъ свидѣтельства весьма часто послужило бы важнымъ препятствіемъ къ обнаруженію истины и къ сокрытію ихъ соучастія или пособія въ преступленіи».

In schwierigen Fällen bleibt dem Arzt aber nach unserem Gesetz doch ein Ausweg, denn nach § 722 steht jedem Zeugen das Recht zu, auf an ihn gestellte Fragen nicht zu antworten, die ihn eines Verbrechens beschuldigen.

In den schwierigen Fragen über Syphilis und Ehe ist der Arzt dort, wo sich strenge Vorschriften über die Verletzung des Berufsgeheimnisses finden in einer sehr gedrängten Lage. Folgt er dem edlen Triebe der Menschheit zu nützen und bricht das Berufsgeheimniss, so begeht er eine strafbare Handlung und tritt mit dem Gesetz in Conflict. Und mag man gegebenen Falles die sich in einer solchen Handlung dokumentirende Gesinnung bewundern, — die Handlung bleibt trotzdem strafbar. Auch wenn die Motive noch so ehrenwerthe waren, — es ist und bleibt ein Bruch des anvertrauten Geheimnisses.

Nach russischem Gesetz giebt es, wenigstens nach Ansicht eines so bedeutenden Juristen wie Koni, eine directe Anzeigepflicht bei Syphilis nicht. Uebrigens erscheint mir der bezügliche Gesetzesparagraph sehr verschieden auslegbar. (§ 936, врачебный уставъ XIII. III).

Wir können also schweigen, wenn wir es mit unserem Gewissen verantworten können.

Ich glaube aber, dass wir nicht allein schweigen können, sondern auch schweigen müssen. Denn uns als Aerzten muss in erster Linie der kranke, unglückliche Mensch, der uns sein Vertrauen geschenkt hat — und nicht das Verbrechen vorschweben. — Und ferner muss die Möglichkeit berücksichtigt werden, dass nach Anzeige aller Fälle von Syphilis, diese Krankheit sich nur noch mehr auf heimlichem Wege ausbreiten könnte und damit an Stelle des beseitigten Uebels ein viel grösseres entstände.

Zur Beurtheilung der ganzen Frage des ärztlichen Berufsgeheimnisses erscheint es zweckmässig zu unterscheiden zwischen Fällen, wo es sich um Geheimnisse handelt, die dem Arzt von seinem Patienten freiwillig mitgetheilt werden und in den Fällen wo der Arzt als Experte auftritt und verschiedenes erfährt. (Lebensversicherungen, Recrutencommission, Eisenbahnverwaltungen, Gerichte). In letzteren Fällen, und ebenso in den Fällen, die direct vom Gesetz vorgesehen sind, dürfen wir, indem wir mit dem Gesetz rechnen müssen, von einer Verletzung des Berufsgeheimnisses nicht sprechen.

Ebenso kann es sich nicht um eine Verletzung des Berufsgeheimnisses handeln, wenn Dinge in Frage kommen, die der Arzt ausserhalb seines Berufes erfahren, oder deren Enthüllung mit Einwilligung der betreffenden Person geschah.

Ich schliesse! Ich habe die Absicht gehabt, Sie, meine Herren, in kurzen Umrissen mit den einschlägigen Gesetzesbestimmungen bekannt zu machen. So lange übrigens uns das Gesetz noch nicht stricte auf das ärztliche Berufsgeheimniss bezügliche Vorschriften macht, stehe ich nicht an, den alten Hippocratischen Eid mir als Richtschnur zu nehmen. Und dass derselbe wohl den Kern der Sache trifft, erhellt daraus, dass er Jahrhunderte überdauert hat und noch heute in Anerkennung steht.

---

*) § 704. Недопущеніе къ свидѣтельству: священники — въ отношеніи къ признанію сдѣланному имъ на исповѣди.

Присяжные повѣренные и другія лица исполнявшія обязанности защитниковъ подсудимыхъ — въ отношеніи къ признанію сдѣланному имъ довѣрителями во время производства о нихъ дѣлъ.

2. Professor K. Dehio hält seinen angekündigten Vortrag: «**Ueber diaphoretische Curen**» («St. Petersburger medicinische Wochenschrift») und demonstrirt ein nach seinen Angaben construirtes Schwitzbett mit dazugehöriger Heizvorrichtung.

Discussion:

a) Dr. J. Müller-Schnjenpahlen erkundigt sich danach, ob Herr Professor Dehio die diaphoretische Behandlung der Oedeme auch der chirurgischen vorziehe. Redner hält die Letztere für ebenso wirksam und nicht wesentlich unbequemer für den Patienten.

b) Professor K. Dehio glaubt über die chirurgische Behandlung der Oedeme mit Incision und Punktion keine massgebenden Erfahrungen zu haben. — In seiner Hospitalklinik, die sich in einem alten Krankenhause befindet, hält Redner die Gefahr des Erysipels für recht gross.

c) Dr. E. Mey theilt mit, dass er in alten Krankenhäusern selten die chirurgische Behandlung der Oedeme gesehen habe und zwar wegen der Infektionsgefahr. In den neueren und neusten Anstalten dagegen, werde sowohl die Incisionsmethode als auch die Troicartbehandlung häufiger geübt und zwar mit gutem Erfolge.

d) Dr. N. von Stryk richtet an den Vortragenden die Frage, ob er bei Chlorose auf das Schwitzbett eine allmälige oder plötzliche Abkühlung folgen lasse?

e) Professor K. Dehio: Bei Chlorotischen habe er nach dem Schwitzen trockene Abreibungen des Körpers mit Frottirtüchern vornehmen lassen, um auf diesem Wege eine gewisse reaktive Contraction der Hautcapillaren zu erzielen.

f) Dr. R. von Engelhardt ersucht den Vortragenden um Auskunft über seine Erfolge in der Anwendung intensiver Diaphorese auf die Uraemie; ihm scheine die Zweckmässigkeit dieser Therapie speciell bei vorhandener Uraemie in Frage gestellt; denn wenn auch zwei Mal soviel Harnstoff ausgeschieden würde als in den Tagen vorher, so spricht doch die enorme Wasserabgabe dafür, dass der Procentsatz retinirter Harnbestandtheile steigt, wodurch eine grössere Gefahr für den Patienten entstehen muss.

g) Professor K. Dehio: Ein Fall von schwerer Uraemie bei acuter Nephritis nahm an der Hand der diaphoretischen Behandlung mit dem Schwitzbette sehr rasch einen günstigen Verlauf. Weitere Erfahrungen ständen dem Vortragenden nicht zur Verfügung.

3. Dr. R. von Engelhardt hält seinen angekündigten Vortrag: «**Darmkatarrh und Darmneurose**» («St. Petersburger medicinische Wochenschrift»).

Discussion:

a) Dr. E. Sokolowski erinnert an die häufig anzutreffende Hyperästhesie und Hyperalgesie nervöser Individuen, deren Berücksichtigung Reserve empfiehlt bei der Beurtheilung solcher Symptome wie die vom Vortragenden erwähnte Schmerzempfindlichkeit beim Druck auf die Aa. iliacae. A priori wäre immerhin mit der Möglichkeit zu rechnen, dass ein an vielen Körperstellen (so auch über den Aa. iliacae) hyperästhetisches Individuum gleichzeitig an einem Darmkatarrh leidet.

Ferner dürfte die nach Vorheransagen (bei dem von Dr. R. von Engelhardt erwähnten Druckexperimente) geäusserte Schmerzempfindlichkeit unter Umständen ihren pathognomonischen Werth einbüssen und zwar durch den Nachweis vorhandener Suggestibilität des Untersuchungsobjektes.

b) Dr. R. von Engelhardt räumt den eben geäusserten Einwänden zwar eine allgemeine Berechtigung ein, betont jedoch, dass dieselben für das von ihm benutzte und diesbezüglich zur Genüge geprüfte Krankenmaterial keine Giltigkeit haben.

c) Dr. Ed. Schwarz tritt für die vom Vortragenden in Betreff der Druckpunkte gemachten Angaben ein: auch ihm haben sich solche meist als brauchbare differentialdiagnostische Symptome erwiesen. Ferner betont Redner die Wichtigkeit des allgemeinen Bildes, das der Kranke darbietet: Klage ein Patient über Darmsymptome neben vielen anderen Symptomen nervösen Charakters, so sei es von vornherein wahrscheinlich, dass es sich auch um nervöse Darmsymptome handelt, wobei freilich die Möglichkeit nicht auszuschliessen wäre, dass auch ein Nervöser an Darmkatarrh erkranken kann. Somit erwachsen denn der Diagnose oft nicht unerhebliche Schwierigkeiten.

Zum Schluss will Redner nicht versäumen, auf ein Krankheitsbild hinzuweisen, das zu den Darmneurosen zu rechnen sei, dass aber durch seine schlimme Prognose dem Arzte einen schweren Stand biete: Bei jugendlichen Individuen, meist weiblichen Geschlechtes und zwar bei Letzteren mit dem Auftreten der Periode — zeigen sich Darm- oft Magendarmsymptome, die über viele Jahre allen Curen trotzen. Die betreffenden Individuen sind als Degenerirte zu erkennen, deren schwächster Theil Darm und Magen sind.

d) Dr. A. Schabert bestätigt nach eigener Erfahrung die Existenz nächtlicher Durchfälle als Zeichen des Catarrhes. Nur in Bezug auf ihre Deutung neige er zu anderer Ansicht: Redner glaubt, dass die während der Nacht, der Rückenlage und der Bettwärme stattfindende Congestion zu den Unterleibsorganen der Grund der gerade nächtlichen Zufälle sind. Er sei zu dieser Ansicht gelangt auf Grund der Beobachtung, dass die Durchfälle während der menstruellen Periode meist Nachts erfolgen.

e) Dr. R. von Engelhardt hebt hervor, die Durchfälle bei Chlorotischen, die zur Zeit der Menstruation auftreten, meist am Tage beobachtet zu haben und möchte dieselben durchaus nicht für catarrhalischer, sondern für neurotischer Natur halten. Die Disposition zum Katarrh mag gewiss während dieser Zeit erhöht sein durch den Afflux des Blutes zu den Unterleibsorganen, aber die Wahrscheinlichkeit spreche für vasomotorische Störungen, die den Durchfall hervorrufen.

f) Dr. Ed. Schwarz: Gegen die Ausführungen des Herrn Dr. Schabert sei zu erwähnen, dass bei sexuellen Erkrankungen Darmsymptome zu den gewöhnlichsten Beobachtungen gehören, dass sie als nervös und nicht als catarrhalisch aufzufassen seien und dass sie nicht nur beim weiblichen, sondern ebenso beim männlichen Geschlechte zu den häufigsten Erscheinungen gehören. Vom aetiologischen Gesichtspunkte seien die Erwägungen des Herrn Dr. Schabert gewiss zu berücksichtigen, doch habe ja Dr. von Engelhardt in seinem Vortrage ausschliesslich die klinisch-diagnostische Seite der eben diskutirten Frage verhandeln wollen.

Dr. A. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag: «**Die Bedeutung der Congestion in der Pathologie der Harnorgane.**» («St. Petersburger medicinische Wochenschrift»).

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— In Bezug auf die Notiz über die Gagenfrage der Aerzte der St. Petersburger Stadthospitäler (cf. № 35) sind wir gegenwärtig in der Lage Folgendes mitzutheilen: Nachdem trotz des Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung vom 21. December 1894 die Gagen der Aerzte zu erhöhen (mit Zustimmung der Finanz-Commission zu diesem Zwecke circa 17,000 Rubel ins Budget pro 1895 einzutragen) bis Ende August mit der Auszahlung der betreffenden Gelder Seitens des Stadtamtes gezögert worden, wandten sich eine Reihe der betroffenen Collegen an den «St. Petersburger ärztlichen Rechtsschutzverein» («Взаимной помощи») mit der Bitte, ihnen zu ihrem Rechte zu verhelfen. Der Verein nahm sich der Sache warm an und wandte sich sowohl an das Stadthaupt, wie auch schriftlich an das Stadtamt. Desgleichen setzte er sich mit dem Präses der Revisions-Commission, Herrn Krüger in Verbindung und Dank der energischen Vertretung der ärztlichen Rechte Seitens Herrn Krüger's, wurde von Seiten der Stadtverordneten-Versammlung nochmals bestätigt, dass das betreffende Geld den Aerzten auszuzahlen sei. Nachdem dann von Seiten der Stadtverwaltung nochmals alle möglichen Mittel angewandt worden, die Sache in die Länge zu ziehen, ist endlich am 20. December definitiv bestimmt worden, die betreffenden Gelder den Aerzten sofort auszuzahlen. Der Dank der Collegen in dieser traurigen Angelegenheit gebührt vor Allem dem Stadtverordneten Krüger, andererseits ist es ein hübscher Erfolg des «Rechtsschutzvereins», dessen Aufgabe es ja ist «die gesetzlichen Rechte seiner Mitglieder zu schützen».

— Nach dem Ableben des Herrn Professor Moos in Heidelberg ist die Redaktion der seither von ihm redigirten deutschen Ausgabe der von Professor Knapp in New-York begründeten «Zeitschrift für Ohrenheilkunde» an die Herren Professor Körner in Rostock und Dr. Arthur Hartmann in Berlin in der Arbeitstheilung übergegangen, dass Professor Körner die Redaktion der Original-Beiträge, Dr. Arthur Hartmann die der Berichterstattung einschliesslich der Berichte über Versammlungen übernommen hat.

— In der vorigen Woche beging der Senior der Revaler Aerzte, der ehemalige estländische Gouvernements-Medicinalinspector, wirkl. Staatsrath Dr. Joh. Eduard Falck, sein 50-jähriges Doctorjubiläum. Nach Erlangung der medicinischen Doctorwürde i. J. 1845 an der damaligen Dorpater Universität wurde der Jubilar Landarzt im Gouv. Smolensk und war dann Oberarzt der Anstalten des Collegiums der allgemeinen Fürsorge in Tschernigow und Tambow. Im Jahre 1867 siedelte er nach Reval über, wo er 1869 zum estländischen Gouvernements-Medicinalinspector ernannt wurde, in welcher Stellung er bis 1886 verblieb. Seit dieser Zeit lebt er verabschiedet in Reval und erfreut sich trotz der 83 Jahre, welche er bereits zählt, noch voller körperlicher und geistiger Frische.

— Das 25-jährige Jubiläum ihrer ärztlichen Thätigkeit feierten vor Kurzem der Medicinalinspector von Odessa, Dr. Alex. Korsch und der Prosector und Privatdocent für operative Chirurgie an der militär-medicinischen Academie, Dr. Alex. Jacobson. Beide Jubilare haben

ihre medicinische Ausbildungen an der ehemaligen medico-chirurgischen Academie in St. Petersburg erhalten.

— Die Moskauer Gouvernements-Landschaftsversammlung hat einstimmig beschlossen, dem Chef des Sanitätsbureaus des Moskauer Gouvernements-Landschaftsamts Dr. E. A. Ossipow, welcher nach 21-jährigem Dienst wegen zerrütteter Gesundheit diese Stellung aufgeben muss, in Anerkennung seiner Verdienste um das Sanitätswesen im Gouvernement, seine Pension von 750 Rbl. auf 1800 Rbl. jährlich zu erhöhen, ihn zum lebenslänglichen Ehrenmitglied des Gouvernements-Sanitätsconseils zu ernennen und sein Porträt im Sanitätsbureau aufzuhängen.

— Eine Anzahl amerikanischer und englischer Ärzte hat den bekannten Herausgeber des «Index Catalogue» und des «Index Medicus» Dr. Billings (in Amerika) ein Ehrengeschenk, bestehend in einer silbernen Cassete und 10,000 Dollars, dargebracht. Bei der Ueberreichung dieser Geschenke wies Dr. Weir Mitchell auf die Verdienste Billings auf dem Gebiete der Bibliographie hin und sprach ihm den Dank aus für seine Arbeiten, welche den wissenschaftlichen Forschern die Orientirung in der einschlägigen Literatur so sehr erleichtern. (Medical News.-Wr.).

Verstorben: 1) Am 9. December in St. Petersburg nach kurzem Krankenlager der frühere Geschäftsführer der Marine-Medicinalverwaltung, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Wakulowski in hohem Alter. Der Hingeschiedene war nach Absolvirung der medico-chirurgischen Academie im Jahre 1843 anfangs Arzt an einem Militärhospital, dann Marinearzt und zuletzt bis zu seiner Verabschiedung im J. 1880 Geschäftsführer der Marine-Medicinalverwaltung. (Er ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen. 2) In Tiflis am 18. Nov. der dortige Stadtarzt Nikolai Wermischew im Alter von 65 Jahren. Nach Erlangung des Arztgrades wurde W. Kreisarzt des Tiflisschen Kreises und darauf Stadtarzt in Tiflis wo er auch viele Jahre hindurch unentgeltlich die städtische Heilanstalt leitete. 3) In Schaulen (Gouv. Kowno) der jüngere Arzt des Starodubschen Inf.-Reg., Hofrath Dr. Jul. Goldenberg, im 41. Lebensjahre. Der Verstorbene hat auch einige Zeit in Dorpat Medicin studirt. 4) In Pjatigorsk der ehemalige ältereArzt am Militärhospital in Omsk, Dr. Alexander Riesenkampff, im Alter von 74 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Estland und hatte, nach sorgfältiger häuslicher Erziehung, seine medicinische Ausbildung an der früheren medico-chirurgischen Academie erhalten. Nach Absolvirung des Cursus i. J. 1843 wurde R. einem Petersburger Militärhospital zucommandirt und ein Jahr darauf nach Sibirien versetzt, wo er bis zu seiner Pensionirung im Jahre 1869 als ältester Arzt am Militärhospital in Omsk fungirte. Die nächstfolgenden Jahre widmete er seinen wissenschaftlichen Reisen im europäischen Russland. Erst im Jahre 1875 nahm er seinen festen Wohnsitz in Pjatigorsk, wo er neben seiner Praxis hauptsächlich mit der Botanik sich beschäftigte. Seine Herbarien sowie Beschreibungen der Flora von Omsk und Pjatigorsk sind sehr werthvoll. Der Verstorbene war überhaupt vielseitig gebildet, er sprach geläufig vier neuere Sprachen, beherrschte vollkommen die lateinische Sprache, war ein guter Maler, sowie ein tüchtiger Clavierspieler, ja sogar Componist.

— Zum Director der hiesigen pharmaceutischen Gesellschaft ist an Stelle des von diesem Amt zurückgetretenen Mag. J. Martenson, der Apotheker O. Wetterholz gewählt worden.

— Dr. Impey, der Vorsteher eines Hospitals in Capstadt (Afrika), in welchem sich 400 Aussätzige befinden, unternimmt gegenwärtig zum Studium des Aussatzes eine Reise, die sich über die halbe Welt erstreckt. Von London ist er über Kopenhagen Christiania, Drontheim, Bergen und Stockholm, wo überall eine grössere Anzahl Aussätziger verpflegt werden, in Helsingfors eingetroffen, von wo er dann nach Petersburg, Riga, Kiew und Konstantinopel reisen und längs der Ostküste Afrika's nach Capstadt zurückkehren wird. Dr. Impey bereitet die Ausgabe eines Werkes über den Aussatz mit photographischen Abbildungen vor, welches in alle modernen Sprachen übersetzt werden soll.

— Dem am 12. December a. c. als am 93. Stiftungstage der Universität Jurjew (Dorpat) auf dem Festacte erstatteten Jahresberichte für das Jahr 1895 entnehmen wir, dass die Gesammtzahl der Studirenden zum 1. December d. J. 1015 betrug, von denen 604 der medicinischen Facultät angehören Dazu kommen noch 246 Pharmaceuten und 13 freie Zuhörer. Für die Lösung der Preisaufgaben kamen im Ganzen 9 Medaillen zur Vertheilung, darunter 6 goldene und 3 silberne. In der medicinischen Facultät wurden von diesen 4 goldene Medaillen zuerkannt und zwar 1) dem stud. med. Friedrich Ackel aus Livland für eine Arbeit über die Bestimmung des Hämoglobin-Gehalts des Blutes. 2) dem stud. med. Oskar Woit aus Livland für vergleichend-embryologische Untersuchungen über die Entwickelung der Milz; 3) dem stud. med. Herm. Rubinstein aus Kowno für eine Arbeit über die Veränderungen der Zusammensetzung des Blutes bei carcinomatösen Erkrankungen und 4) die goldene Ssuworow-Medaille — dem stud. pharm. Michael Bjalobrczeski aus Kalisch für die chemische Untersuchung der Folia Bucco.

Am 12. December beging die Wilnasche medicinische Gesellschaft in feierlichster Weise ihren 90. Jahrestag unter dem Vorsitz ihres derzeitigen Präsidenten Dr. C. L. Erbstein. Diese Gesellschaft ist nächst der physiko-medicinischen Gesellschaft in Moskau, welche im Jahre 1804 gegründet wurde, der zweitälteste medicinische Verein in Russland.

Die Typhusepidemie ist in St. Petersburg noch immer in Zunahme begriffen. Am 9. December betrug die Zahl der Typhuskranken hierselbst gegen 1700.

— Choleraepidemie in Russland. Nach dem letzten officiellen Cholera-Bulletin sind in der Stadt St. Petersburg vom 8.—15. December 79 Personen an der Cholera erkrankt, 28 genesen, 50 gestorben, so dass der Bestand der Cholerakranken am 15. December in den hiesigen Hospitälern sich auf 68 belief. Im Gouvernem. St. Petersburg sind vom 3.—9. Dec. 7 Personen an der Cholera erkrankt und 3 gestorben; im Gouv. Kiew vom 26. Nov.—2. Dec. 40, resp. 14 und in Wolhynien in derselben Zeit 30 resp. 15 Personen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. December d. J. 7906 (4 mehr als in d. Vorw.), darunter 1301 Typhus — (34 mehr), 763 Syphilis — (11 wen.). 154 Scharlach — (5 mehr), 57 Diphtherie — (17 wen.), 69 Masern (13 wen.), und 15 Pockenkranke (1 wenig.) als in der Vorw.

Am 16. Dec. d. J. betrug die Zahl der Kranken 8012 (112 mehr als in der Vorwoche), darunter 1371 Typhus — (70 mehr), 720 Syphilis — (43 wen.), 158 Scharlach — (4 mehr), 59 Diphtherie — (2 mehr), 80 Masern (11 mehr) und 18 Pockenkranke (3 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis 9. December 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
372	329	701	132	39	117	13	8	26	66	87	67	65	43	25	11	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 21, Febris recurrens 8, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 7, Masern 18, Scharlach 17, Diphtherie 11, Croup 5, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 3, Cholera nostras 44, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 8, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 56, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 10. bis 16. December 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
371	321	692	113	57	101	25	18	30	71	51	69	62	51	35	7	2

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 6, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 2, Masern 24, Scharlach 18, Diphtherie 13, Croup 6, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 2, Cholera nostras 61, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 78, Tuberculose anderer Organe 6, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 25, Krankheiten des Verdauungscanals 59, Todtgeborene 44.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Amalie Born, Большая Подъяческая д. 9, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергiевская, д. № 17. кварт. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Frau **Hasenfuss,** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Marie Kubern,** Мойка № 84, кв. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze,** фонтанка № 137 кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Marie Mohl, B. O. 1. л. 44, кв. 3.

Дозв. ценз. Спб. 23 Декабря 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

XX. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER **Neue Folge XII. Jahrg.**

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **Carl Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 52 St. Petersburg, 30. December (11. Januar) **1895**

Inhalt: Dr. med. H. Baron Krüdener: Ueber die Ursachen des Trachom's. — Dr. med v. Rimscha: Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena. — Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte in Wenden. — Vermischtes. — Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs. — Anzeigen.

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1896 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersb. Aerzte**, des **St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte**, der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga**, der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte**. — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über alle **wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten**, sowie über die Verhandlungen **russischer medicinischer Gesellschaften**, den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung in **Russland 8** Rbl. für das Jahr, **4** Rbl. für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20** Mark für das Jahr, 10 Mark für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Peter-Paulhospital) zu richten.

Ueber die Ursachen des Trachom's [1]).

Von

Dr. med. H. Baron Krüdener.

(Vortrag, gehalten auf dem VII. livländischen Aerztetage in Wenden).

Das Trachom constituirt einen festen klinischen Begriff, aber sein für gewisse Stadien am meisten pathognomonisches Symptom, der Follikel, ist auch anderen Krankheitsbildern eigen. Für die Conjunctivitis follicularis hat namentlich Sämisch (Gräfe-Sämisch, Handbuch) besondere Unterscheidungsmerkmale vom Trachom aufzustellen versucht. Michel (vergl. s. Lehrbuch) erwähnt das Vorkommen von Follikeln bei frischer Lues, bei leukämischen Zuständen sowie Scrophulose und Rhein (Gräfes Arch. XXXIV, 3. 1888) sagt zum Schlusse seiner Arbeit: «Die bei der Conjunctivaltuberkulose gebildeten Follikel sind von sogenannten Trachomfollikeln in Bau und Verhalten weder makroskopisch noch mikroskopisch zu unterscheiden». v. Gräfe (Gr. Arch. X. 2. p. 200) beobachtete Entwickelung von Granulationen nach fortgesetztem Atropingebrauch. Ich habe eine acute Erkrankung der Conjunctiva mit mächtiger Follikelbildung in der oberen wie unteren Uebergangsfalte bei einem Arzte gesehen, dem beim Laryngoscopiren ausgehustetes eitriges Secret in das Auge gelangt war; die Conjunctivitis trat vierundzwanzig Stunden nach erfolgter Infection auf, die Follikel schwanden aber nach zehn Tagen völlig und die Schleimhaut erlangte in dieser Zeit völlig normale Beschaffenheit, ohne später irgend welche Veränderungen zu zeigen; dieses Krankheitsbild kann also nach unserer klinischen Anschauungsweise nicht dem Trachom beigerechnet werden. Bei Katzen habe ich nach Injectionen von Staphylokokkenreinculturen das Auftreten von circumscripten deutlich über das Niveau der Conjunctiva prominirenden Follikeln gesehen, welche nach einigen Wochen zurückgingen, ohne dass das afficirte Gewebe regressive Metamorphosen gezeigt hätte.

Kurz, es muss als Thatsache angenommen werden, dass die Eruption von Follikeln in der Bindehaut des Auges durch mannigfache ursächliche Momente erfolgen kann und dass sich der Verlauf der Affection darnach verschiedenartig gestaltet. Speciell die Ursache der Follikelbildung bei Trachom ist uns unbekannt.

Wie wenig die Untersuchungen von Sattler (Bericht über die Verh. der opht. Ges. Heidelberg, 1881), Koch (Bericht über die Thätigkeit der deutschen Choleracom-

[1]) Die zu dieser Arbeit gehörigen Zeichnungen sollen an anderer Stelle veröffentlicht werden.

mission in Aegypten und Suez, Wiener med. Wochenschrift № 52, 1883), Michel (Der Mikroorganismus der sogenannten Aegyptischen Augenentzündung (Trachomkokkus). Wiesbaden, 1886), Goldschmidt (Zur Aetiologie des Trachoms. Centralblatt für klin. Medicin, 1887 № 18), E. Schmidt (Ueber Mikroorganismen bei Trachom. Russkaja Med., 1887 № 4), Kucharski (Zur Frage von den Mikroorganismen des Trachoms. Med. Sbornik der Kaukas. med. Ges., 1887), Kartulis (Centralblatt für Bact. u. Parasitenk., 1887) und Schmidt-Rimpler (Bericht des XVII. opht. Cong. zu Heidelberg, 1888) zu irgend welchen sicheren Schlussfolgerungen berechtigen, erhellen die vorzüglichen, leider nicht publicirten Untersuchungen Dr. J. Scherl's in dem Laboratorium der Dorpater Universitätsklinik. Dr. Scherl autorisirt mich dazu, die folgende Angabe über seine vor etwa drei Jahren erhobenen Befunde zu machen. Hiernach fanden sich bei Trachom vierundzwanzig verschiedene Arten von Mikroorganismen, von denen der grössere Theil aus dem Follikelinhalt der verschiedenen Stadien gezüchtet wurde. Keinem derselben konnte Scherl eine dominirende Rolle bei der Trachomerzeugung zusprechen. Im Jahre 1891 trat Noiszewski (Der Mikroorganismus des Trachom, Mikrosporon trachomatosum s. Jagium, von Dr. K. Noiszewski in Dünaburg. Prof. Hirschberg's Centralblatt für praktische Augenheilkunde, 1891) mit einer Veröffentlichung hervor, auf welche meines Wissens bis jetzt keine fachmännische Bestätigung erfolgt ist. Es heisst darin: «Seit einiger Zeit ist es mir gelungen, Culturen des Trachoms auf Gelatine aus Kalbsaugen zu züchten. In diesen Culturen sind für das Mikrosporon trachomatosum die langen und geometrisch geraden Linien (Mycelium), die in verschiedener Richtung den ganzen Nährboden auf den Platten durchziehen, äusserst charakteristisch. Von dem Mycelium gehen Hyphen aus und an diesen sitzen die Sporen. Impfungen von reinen Culturen auf die Conjunctiva von Kaninchen geben immer positive Resultate. Noch muss bemerkt werden, dass Impfungen auf Kaninchen erst nach 4—5 Wochen sichtbare Veränderungen zeigen». — Es muss ohne Weiteres zugegeben werden, dass Pilzfäden in den zerfallenen Trachomfollikeln vorkommen, aber absolut nicht mit der Constanz, wie Noiszewski dies schildert. Mir ist es bis jetzt nicht gelungen, bei Kaninchen das Krankheitsbild des Trachoms zu erzeugen, obschon ich vielfach an diesen Thieren Impfungen mit Trachomsecret vorgenommen, ja trachomatöse Uebergangsfalten vom Menschen auf die Kaninchenconjunctiva übergepflanzt und mit Nähten fixirt habe und die Thiere etwa zwei Jahre lang von mir beobachtet wurden. Mich haben daher Noiszewski's Darlegungen nicht zu überzeugen vermocht.

Ohne auf die pathologische Anatomie des Trachomfollikels näher einzugehen — ich verweise hier besonders auf die Arbeiten Rählmann's (Gr. Arch: XXIX. 2., XXXIII. 2. und Volkm. Vorträge № 263) — möchte ich die Aufmerksamkeit auf das Vorkommen eines eigenartigen Pigmentes in den Trachomkörnern lenken, dessen Vorhandensein der Beobachtung nicht entgangen ist, aber doch wenig Berücksichtigung gefunden hat. So findet sich in Wedl und Bock (Pathologische Anatomie des Auges, Wien. 1886) bei Schilderung des Trachomfollikels folgende Bemerkung: «Schwarze Pigmentkörner sind dann kein seltener Befund» und weiter «Die Körner sind nicht selten von einem Pigmentring umgeben». Wenn dieses Pigment von anderen Autoren nicht erwähnt und die eigenartige Beschaffenheit der Partikelchen nicht aufgefallen ist, so liegt der Grund wohl darin, dass, bei der jetzt üblichen Art und Weise die Präparate nach verschiedenen Färbemethoden zu behandeln, dieses Pigment mit Verunreinigungen und Farbstoffniederschlägen verwechselt worden ist. In der That ähnelt dasselbe ungemein den Niederschlägen, wie sie besonders in mit Hämatoxylin gefärbten Präparaten vorkommen. Die Untersuchung ungefärbter Präparate belehrt indessen, dass es sich um ein eigenartiges, dem trachomatösen Gewebe angehöriges Substrat handelt. Von vornherein fällt die gleichmässige schwarzröthliche Farbe eines grossen Theiles dieser körperlichen Elemente auf. Es sei mir gestattet, an der Hand der Abbildungen[1]) eine genauere Beschreibung zu geben. Fig. 1a zeigt eine im zerfallenden Follikel häufig vorkommende Form. In einem Zelldetritus, welcher seinerseits häufig von wohlerhaltenen lebenden Granulationszellen umgeben ist, liegt ein schwarzröthliches schollenartiges Gebilde, welches von einem zarten Contour umgeben ist. Diese Form findet sich oft und besonders schön ausgebildet bei Trachom mit grossen Mengen von Zerfallsproducten. Um nun die Beschaffenheit dieser Gebilde genau zu studiren, empfiehlt sich folgendes Verfahren: man excidire eine reichlich mit Follikeln besetzte Uebergangsfalte, wenn möglich aus dem oberen Lide, hierauf lege man dieselbe auf einen Objectträger, tröpfle einige Tropfen lauwarmen Wassers darauf und schabe mit einem Scalpell den weichen Follikelinhalt, besonders den an dem eventuell daranhaftenden Tarsaltheil gelegenen, herunter. Nachdem nun ein Deckgläschen auf den nöthigenfalls nochmals mit Wasser oder Kochsalzlösung verdünnten Follikelinhalt gelegt, ist das Präparat zur Untersuchung bereit. Fasst man jetzt eines der eben geschilderten Gebilde in's Auge so bemerkt man, dass der scharfe Rand stellenweise, wie dies in Fig. 1a angedeutet ist, durch kleine rundliche Prominenzen unterbrochen ist, welche ihrerseits gleichfalls den hellen Contour aufweisen. Es ist mir nun einige male gelungen, durch leichten Druck auf das Deckglas mittelst einer Präparirnadel diese Prominenzen von dem grossen gefärbten Objecte abzustreifen und es erschienen alsdann selbstständige rundliche und birnenförmige Gebilde, welche in der Mitte einen dunkelrothen Punkt zeigten und von einem glänzend-weissen Saum umgeben waren; der letztere hat oft eine Beimischung von einem rosa Farbenton und ist bei einzelnen Stellungen nicht sichtbar. Bisweilen haben einzelne Gebilde eine eigenthümliche Dreimastergestalt; man bemerkt alsdann eine hellrosa Barde, hierauf folgt ein schwarzrother Ring und in der Mitte befindet sich ein hellrosafarbiger Punkt. Besonders an den Körperchen, welche kleiner als Kokken sind, sieht man bisweilen eigenthümlich zitternde Bewegungen. Eine Verwechselung mit Kokken oder Bacillen ist kaum möglich, das Leitende ist in erster Linie die dunkle Farbe. In dem ersten Stadium des Trachoms herrschen mehr die kleineren rundlichen und birnförmigen Formen vor. Die grösseren sind von einer Menge zum Theil ihnen ähnlichen Gebilden umgeben (s. Fig. 1a und 2) und zerfallen schliesslich in ein amorphes lebloses Pigment. Bei längerem Stehen verlieren sie ihren rothen Farbenton und werden schwarz, einzelne erscheinen bisweilen schön blau, doch ist dies durch den sie umgebenden Zelldetritus veranlasst, welcher in dem zerfallenen Follikelinhalt gleichfalls bisweilen blau erscheint. Sie bekommen durch Hämatoxylin einen blauen Farbenton; ich habe die verschiedensten Färbemethoden angewandt, um ihren Bau genauer zu studiren, aber ohne einen nennenswerthen Erfolg. Die schönsten Bilder erhielt ich an ungefärbten in der beschriebenen Weise behandelten Präparaten unter Anwendung der Oelimersion.

Dieselben Gebilde, welche der Follikel der Uebergangsfalte so reichlich beherbergt, finden sich auch im Pannus, besonders im Pannus crassus und in den Follikeln der Hornhaut, welche ja bei uns nicht zu den Seltenheiten

[1]) deren Zeichnung ich der Liebenswürdigkeit Dr. H. Helmbold's verdanke.

gehören, ferner an den Cilienwurzeln bei Trichiasis und im Secret eitriger Dacryocystitis bei Trachom; Letzteres erklärt sich sehr einfach; hat doch schon Weber (Gr. Arch. VIII. 1 p. 105.) den trachomatösen Follikel im Thränensack beschrieben.

Bei dem Krankheitsbilde, welches man mit Sicherheit als Conjunctivitis follicularis zu bezeichnen pflegt, ist ihr Nachweis mir nicht gelungen

Leber (Bericht über die Verh. der opht. Ges. Heidelberg, 1881. p. 33) erwähnt, dass er sich bei seinen Studien über Trachom der Untersuchung frischen Gewebes zugewandt habe und spricht von einer «Wimmelbewegung» in den an der Oberfläche liegenden dem Epithel angehörigen Zellen. Ob die Körnchen der «Wimmelzellen» die von mir beobachteten Gebilde darstellen, dies zu entscheiden bin ich selbstredend nicht in der Lage. Ich kann nur bemerken, dass sie auch in den Epithelien, besonders den zerfallenden vorhanden sind. Um eine einfache Molecularbewegung scheint es sich in vorliegendem Falle nicht zu handeln. Gegen die Genese des Pigments aus Fettsäuren spricht seine Resistenz gegen Aether und Alcohol. Es finden sich ferner Partikel, die andere Formen aufweisen, als die bisher geschilderten. In Fig. 3 stammt a aus dem Chalazion und b vom Cilienboden eines an Trachom Leidenden; ob dies den beschriebenen analoge Bildungen sind oder Gebilde anderer Herkunft, vielleicht krystallinischer Natur, vermochte ich nicht zu entscheiden. -- Ich habe nun vielfach des oben erwähnte trachomatöse Pigment mit dem bei Sarkomen vorhandenen verglichen und eine entschiedene Aehnlichkeit, was Form, Farbe und Beweglichkeit anbelangt mit den von Pfeiffer, Thoma, Podwyssozki und Sawtschenko beschriebenen Sporozoen gefunden. Sollte es gelingen den Beweis zu erbringen, dass die in Rede stehenden Gebilde wirklich zur Gruppe der Plasmodien gehören, so würden wir, meine ich, der Deutung des Trachom's bald um Vieles näher gerückt sein, als dies bis jetzt der Fall ist. Ich hoffe dieser vorläufigen Mittheilung bald mehr Klärendes hinzufügen zu können.

Caries der Nase unter dem Bilde der Ozaena

von

Dr. med. v. Rimscha.

(Vortrag gehalten zum VII. Livländ. Aerztetag in Wenden.

Die Ozaena gehört zu den Krankheiten, die so recht geeignet sind, den von ihnen behafteten Personen den Lebensgenuss zu verbittern. Das Gefühl des Verstopftseins der Nase, der Trockenheit im Halse, des eingenommenen Kopfes, event. bis zum Kopfschmerz gesteigert, allgemeines Unbehagen und das Bewusstsein, einen seinen Mitmenschen höchst widerlichen Geruch zu verbreiten, sind kurz die Symptome, die die armen Patienten von einem Arzt zum andern treiben, um von ihren Beschwerden erlöst zu werden. Die grosse Nachfrage nach Heilmitteln hat auch eine entsprechende Anzahl solcher hervorgerufen, und von den unendlich vielen will ich nur die Weber'sche Nasendouche, die Gottstein'sche Tamponade und die Massage als diejenigen nennen, die am meisten von sich haben reden machen. Aber keine dieser Methoden konnte mehr leisten, als dass den Patienten vorübergehend Linderung geschafft wurde.

Schon vor längerer Zeit ist von Michel und Schäffer die Behauptung aufgestellt und zum Theil auch durch Krankengeschichten belegt worden, dass die Ozaena auf Nebenhöhlenerkrankungen beruhen und durch Behandlung dieser radical geheilt werden kann. Grünwald hat in seiner Schrift über Naseneiterungen 1893, ausführliche Krankengeschichten angeführt und in präciser Weise dadurch den Beweis geliefert, das die Ozaena durch Nebenhöhlenerkrankungen, Empyeme resp. Caries, vorgetäuscht werden kann. Ihm gebührt das Verdienst, durch seine vorzügliche Arbeit das Interesse für die Ozaenafrage in den weiteren Kreisen der Fachcollegen wachgerufen zu haben.

Hopmann macht Grünwald den Vorwurf, dass er die auf Nebenhöhlenerkrankungen beruhenden Stinknasen überhaupt zur Ozaena zählt, er unterscheidet diese sogen. Ozaena scharf von der gemeinen wahreni Ozaena. Grünwald erwidert, dass unter seinen geheilten Fällen von Ozaena mehrere sind, die Autoritäten als unheilbar bezeichnet haben. Ich kann nur dem hinzufügen, dass ich während meines Aufenthalts in Berlin resp. Wien Mitte 91 bis Mitte 93 sehr viele Ozaenafälle gesehen habe, aber nie ist meines Wissens nach auch nur der Versuch gemacht worden, eine Nebenhöhlenerkrankung auszuschliessen Gesetzt den Fall, die Ozaena beruhe in der Hälfte der Fälle auf Nebenhöhlenerkrankungen, in der andern Hälfte handle es sich um gemeine Ozaena, so hätten wir solche auf Nebenhöhlenerkrankungen beruhende scheinbare Ozaenen doch zu sehen bekommen. Wir kannten aber damals nur die gemeine Ozaena. Wie wir später sehen werden, so prävalirt unter den Nebenhöhlenerkrankungen besonders die Erkrankung der Keilbeinhöhle. Eine Erkrankung der Keilbeinhöhle aber war mir damals nur aus Büchern bekannt.

Angeregt durch die Schrift von Grünwald habe ich es mir zur Pflicht gemacht, alle Fälle, die den Symptomencomplex der Ozaena vollständig decken: weite Nase, atrophische Schleimhaut, Borkenbildung, Gestank, oder wo auch nur einzelne Symptome vorhanden sind: Borkenbildung und Gestank ohne Atrophien resp. Atrophien und Borkenbildung ohne Gestank, alle diese Fälle genau auf Nebenhöhlenerkrankungen zu untersuchen. Von vornherein sind alle luetischen Erkrankungen ausgeschlossen, soweit dieses möglich ist; ferner die Erkrankungen, bei denen man flüssigen Eiter in der Nase sieht z. B. die Kieferhöhlenempyeme; sodann die Eiterungen mit Polypenbildung. Ich betrachte nur die Fälle, die entweder das ausgesprochene Bild der Ozaena darboten, oder die den Eindruck einer beginnenden Ozaena machten, kurz und gut alle die Fälle, die man früher nicht radical, sondern symptomatisch behandelte.

Es handelt sich im Ganzen um 31 Fälle, von denen 11 das typische Bild der Ozaena darboten; bei einzelnen von diesen 11 Fällen habe ich selbst die Diagnose Ozaena gestellt, eine symptomatische Behandlung eingeleitet und auf die Unheilbarkeit der Erkrankung hingewiesen und erst nach wiederholter Untersuchung eine Nebenhöhlenerkrankung feststellen können. Das richtigste wäre nun, wenn ich Ihnen in ausführlicher Weise die Krankengeschichten der von mir behandelten Patienten referirte und es Ihnen überliesse, über die Fälle zu urtheilen. — Ich weiss nun sehr gut, dass nicht hier der Ort ist, um lange Krankengeschichten vorzutragen und ich erlaube mir daher, nur die aus der Untersuchung und Behandlung gesammelten Erfahrungen Ihnen mitzutheilen.

Die Diagnose kann nur mit Hilfe der Sonde gestellt werden. Nach gründlicher Ausspülung der Nase sucht man im zurückgebliebenen Secret Anhaltspunkte für die erkrankte Nebenhöhle zu gewinnen, cocainisirt dann womöglich mit 20 pCt. Cocainlösung und tastet mit der Sonde die einzelnen Partien der Nase ab. Trotz der starken Cocainlösung ist dieses Abtasten doch recht empfindlich, ganz besonders empfindlich sind die tiefer gelegenen Stellen, hintere Siebbeinzellen und Eingang der Keilbeinhöhle, zumal da das Cocainisiren dieser Stellen nur sehr unvollkommen gelingt. Aber gerade diese tiefer gelegenen Partien sind für uns von besonderem Interesse.

Tissier sagt, die primäre Laesion bei der Ozaena ist ein krankhafter Vorgang in den ethmoidalen Anlagen, eine necrotisirende Ostitis in den intranasalen Theilen des Siebbeins oder in einer der Nebenhöhlen, besonders im Sinus sphenoidalis.» Bei den von mir beobachteten 31 Fällen handelt es sich meist um eine Erkrankung der Keilbeinhöhle, einige Mal um Combination von Keilbeinhöhle und anderen Nebenhöhlen und einmal um eine Erkrankung des Siebbeins. Grünwald giebt an, Ozaena vorgetäuscht gefunden zu haben, auch bei Erkrankungen der Stirnhöhle. Solche Fälle habe ich nicht gesehen. Nach den Erfahrungen Bresgen's ist bis auf einen Fall die Keilbeinhöhle stets miterkrankt gewesen. Grünwald und Bresgen haben nun meistens Empyeme der Keilbeinhöhlen gefunden, während ich reine Empyeme, Eiteransammlung ohne Erkrankung des Knochens nie beobachtet, sondern stets rauhen Knochen, also Caries gefunden habe. Bei der Untersuchung mit der Sonde habe ich nie Abfluss von Eiter neben der eingeführten Sonde beobachten können; ich habe demnach nie die Berechtigung gehabt, eine grössere Eiteransammlung in der erkrankten Höhle zu vermuthen.

Was die Therapie anbetrifft, so habe ich von den 31 Fällen von Nasencaries 17 Fälle behandelt resp. sie stehen noch in Behandlung; in den übrigen Fällen handelt es sich um Durchreisende oder um Patienten, die aus Mangel an Zeit oder aus Furcht vor operativen Eingriffen sich der Behandlung entzogen. Auch die ganz unsichere Prognose, die ich der Behandlung stellte, hat einzelne Patienten abgeschreckt. Weil nun einerseits die Keilbeinhöhlen unter den erkrankten Nebenhöhlen so bedeutend prävaliren und andrerseits sie ihrer versteckten Lage wegen unser besonderes Interesse erregen, so beschränke ich mich im folgenden auf die Beschreibung der Therapie der cariösen Keilbeinhöhle. Das wichtigste Princip ist, die Keilbeinhöhle nach Möglichkeit der Behandlung zugängig zu machen. 2 Mal lagen die Keilbeinhöhlen so frei, dass ich direct die Behandlung einleiten konnte. In den übrigen Fällen musste ich eine vorbereitende Operation, Entfernung der mittleren Muschel mit der Zange, vornehmen. Diese vorbereitende Operation ist nicht so schmerzhaft, als man glauben sollte. Nachdem die mittlere Muschel cocainisirt worden ist, injicire ich 5% Cocain in die Schleimhaut — in letzter Zeit habe ich mit demselben Resultate Schleich'sche Lösung angewandt — und trage dann die mittlere Muschel, je nachdem wieviel nothwendig ist, um einen freien Zugang zur Keilbeinhöhle zu haben, Stück für Stück mit der Zange ab. — Ich betone nochmals, die Operation wird gut vertragen, und die Patienten klagen nicht über starke Schmerzen. Nun wird mit dem scharfen Löffel der Eingang der Keilbeinhöhle erweitert und die Keilbeinhöhle ausgekratzt. Dann folgen ab und zu Aetzungen mit an die Sonde angeschmolzenem Arg. nitr., die so lange fortgesetzt werden, bis man keinen rauhen Knochen mehr fühlt. Ist eine Höhle erkrankt, so kann man schon während der Behandlung genau constatiren, dass die Borken in der Nase nicht von der atrophischen Schleimhaut gebildet werden, sondern aus der cariösen Höhle stammen: Nach der Aetzung sistirt plötzlich für kurze Zeit die Borkenbildung. Diese Aetzungen mit Arg. nitr. sind aber meistentheils von Schmerzen begleitet, die eventuell einige Tage anhalten können. Ich habe daher in letzter Zeit Versuche gemacht, in die cariöse Höhle Jodoformstäbchen einzubringen resp. mit Jodtinctur zu pinseln. Ich bin mit dem Erfolg der Jodbehandlung relativ zufrieden, da sie weniger Schmerzen macht, wenn sie auch nicht so energisch wirkt, wie die Aetzungen mit Arg. nitr. — Grünwald sagt über die Keilbeinhöhle: «In horizontaler Richtung und nach unten darf man recht ungenirt vorgehen, da hinten der dicke Keilbeinkörper vor jeder ernsten Läsion schützt und ein Durchbruch nach unten nur erwünschten freien Secretabfluss verschaffen würde.»

Hiezu erlaube ich mir in aller Kürze eine Krankengeschichte zu referiren! — Es handelt sich um ein complicirtes Empyem, Caries des Siebbeins und der Keilbeinhöhle. Pat. hatte alle Eingriffe, Behandlung der übrigen Empyeme und Entfernung der mittleren Muschel vorzüglich ertragen. Die Keilbeinhöhle wird nun mit dem scharfen Löffel vorsichtig ausgekratzt, einige Aetzungen mit Arg. nitr. werden gut vertragen. Die Beschwerden nehmen ab. Nach einer Aetzung giebt plötzlich Pat. furchtbare Kopfschmerzen an, die keiner Therapie weichen wollen; am meisten lindert noch der Eisbeutel die Schmerzen. Allmählich nach ca. 6 Tagen hören die Schmerzen auf. Nach einer Erholung von 14 Tagen dringt Pat. auf Fortsetzung der Behandlung.

Zum Aetzen habe ich kein rechtes Vertrauen, doch da ich rauhen Knochen noch überall fühle, und das Auskratzen das erste Mal fast ohne Schmerzen ertragen werde, greife ich nochmals zum scharfen Löffel. Nach dem Auskratzen untersuche ich zur Orientirung mit der Sonde, doch plötzlich habe ich das Gefühl, die Sonde gleitet in unergründliche Tiefen; ich ziehe die Sonde zurück, einige Tropfen einer hellen, blutig gefärbten Flüssigkeit fliessen durch die Nase ab. Pat. giebt wohl einen starken vorübergehenden Schmerz an, aber gleich darauf fühlt sie sich wieder vollständig wohl.

Puls gut. Ich verordne: absolute Bettruhe, Eisbeutel auf den Kopf. Am andern Tage sehr starke Kopfschmerzen, Fieber, Erbrechen. Das Fieber steigt — 39,6: nach 3 Tagen gehen die Beschwerden zurück. Seitdem sind einige Monate vergangen; weitere besondere Attaquen sind nicht aufgetreten.

Vortragender demonstrirt an 2 Keilbeinen die Wandungen der Höhlen.

I. Keilbein: die Höhle ist relativ klein und hat dicke Wände
II. » die Höhle ist bedeutend grösser und die Wände sind durchsichtig.

Wenn ich nun kurz über die Erfolge der Behandlung referiren will, so sind sie im Allgemeinen zufriedenstellend. Die meisten Pat. stehen noch in Behandlung; die meisten geben wesentliche Besserung an, welche auch objectiv nachweisbar ist; einzelne habe ich als geheilt entlassen.

Ich bin im Allgemeinen bemüht gewesen eine Aetiologie für die Caries festzustellen. Es scheint, als ob die Tuberculose eine Rolle spielt. — Bei den meisten Patienten lag Tuberculose in der Familie, einzelne waren selbst auf Lungentuberculose verdächtig. Eine Patientin hatte eine so vorgeschrittene Lungenphthise, dass ich eine Radicalbehandlung der Nase ausschlug, obgleich Pat. darauf drang.

Sollte es sich nun bestätigen, dass in den meisten Fällen die Tuberculose die Aetiologie, wenn auch nicht direct so indirect, für die Caries ist, so werden wir gar zu grosse Anforderungen an den Erfolg der Behandlung nicht stellen können, zumal da wegen der unbequemen Lage des Operationsfeldes und der Nähe des Gehirns der radicalen Entfernung des cariösen Knochens Schranken gesetzt sind. Einige Mal habe ich bei Verdacht auf Lues Jodkali innerlich versucht, doch ohne den geringsten Erfolg.

Eine berechtigte Frage ist: konnte man bei allen Fällen von Ozaena Nebenhöhlenerkrankungen nachweisen? Die Antwort lautet «nein». In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelang der Nachweis einer Nebenhöhlen-

erkrankung, in allen Fällen nicht. Ich habe wohl den Eindruck gehabt, als ob auch in diesen eine Nebenhöhlenerkrankung vorliegen müsste, doch ist mir der Nachweis nicht immer gelungen.

Ich möchte daher vom practischen Standpunct aus die Ozaenafrage so beleuchten: Wir sind verpflichtet bei jeglichem Fall von Ozaena genau auf Nebenhöhlenerkrankungen zu fahnden. Je mehr wir nach solchen suchen werden, desto häufiger werden wir sie finden. Am häufigsten wird Ozaena vorgetäuscht durch Caries der Keilbeinhöhlen.

In der Discussion führt Vortragender an, dass er durch oben angeführten Fall aufmerksam gemacht, wiederholt Defecte im Knochen bei Keilbeinhöhlencaries gefunden zu haben glaubt und mahnt bei der Behandlung zur Vorsicht.

Nachtrag. In Bezug auf Radicalheilung muss noch erwähnt werden, dass nach Ausheilung der Caries der Keilbeinhöhle — rauher Knochen nicht mehr fühlbar — nach monatelangem, absoluten Wohlbefinden dennoch Recidive auftreten können. Es kommt wieder zu Borkenbildung und beim Abtasten der Keilbeinhöhle mit der Sonde stösst man auf rauhen Knochen.

Protokolle des VII. Aerztetages der Gesellschaft livländischer Aerzte

in Wenden

14.—16. September 1895.

Zweite Sitzung.

Donnerstag den 14. September 1895, 4 Uhr Nachmittags.

(Schluss).

Discussion:

a) Dr. Zöge von Manteuffel: Wenn der Vortragende die verschiedensten Erkrankungen der Harnorgane durch den Congestionszustand erklärt, so sei dieses ebenso angreifbar als wenn der Temperenzler die sociale Frage, von seinem Standpunkte ausgehend, allein durch die Abstinenz lösen will. Es sei ja die Alkoholfrage sicher eine wesentliche und verkenne Redner auch keineswegs die Bedeutung der Congestion, doch müsse einmal hinsichtlich der Gonorrhoeinfektion bemerkt werden, dass hier mehr die Menge des aufgenommenen virus für den Verlauf der Krankheit verantwortlich zu machen sei, als die Congestion; jene hänge direkt vom Kaliber der Harnröhre ab; manche Individuen reiten, saufen etc. mit frischer Gonorrhoe völlig ungestraft und zwar diejenigen, bei welchen sich Enge des orificium und der Harnröhre constatiren lässt.

Ferner könne die plötzliche Entleerung der Blase bei Ischurie für das auftretende Urethralfieber, — namentlich von so deletärem Verlaufe, wie es Vortragender schildere — nicht verantwortlich gemacht werden. Hier seien doch wol stets Keime anzuschuldigen, die zwar nicht nothwendig am Catheter hafteten, wol aber aus der Harnröhre stammen können.

Die von den Franzosen so allgemein angeschuldigte Congestion könne in der Form der venösen Hyperaemie für die hypertrophische Prostata als namentlich secundäres Leiden von Bedeutung werden. Die in solchen Fällen behufs Verhütung der Congestion exekutirte Castration hat sich nicht stets bewährt, ja, hat zum Ausbruche unheilbarer Psychose geführt.

Es sei weder für unsere pathologischen Vorstellungen vortheilhaft, noch für die Therapie fruchtbar, Alles von einem Standpunkte aus zu betrachten.

b) Dr. A. von Bergmann: Es existire in der That eine ganze Anzahl von Beobachtungen, welche beweisen, dass letale Blutungen bei Prostatikern dem Catheterismus gefolgt sind (cf. Assmuth, «St. Petersburger medicinische Wochenschrift).

Die Ausführungen des Herrn Dr. Schabert erscheinen etwas zu spekulativ gefärbt; seine Erklärung des Falles von Diabetes insipidus befriedige nicht. Mit der Diagnose «congestive Blutung» aus den Harnwegen müsse man sehr vorsichtig sein. Nierencarcinome z. B. entwickeln sich sehr langsam. Nach Le Dentu können 5 bis 7 Jahre zwischen erster Blutung und Auftreten eines nachweisbaren Tumors vergehen. Redner ist ein Fall bekannt, in welchem zwischen primärer Blutung und dem exitus an Nierenkrebs 12 Jahre vergangen waren; Anfangs hatte Patient alle Jahre kurz dauernde Blutungen, die nach Bädern schwanden und auf Blasenhämorrhoiden bezogen wurden. Drei Jahre vor dem Tode konnte erst ein Tumor nachgewiesen werden.

c) Dr. Ed. Schwarz wendet sich gegen die Ausführungen des Vortragenden: es sei durchaus gefährlich, die sich darbietenden Krankheitsbilder von einem einseitigen Standpunkte aus zu beurtheilen und anstatt die einzelnen Thatsachen einer gleichmässigen Beurtheilung zu unterziehen, — einzelne besonders zu betonen. Man gelange bei solchem Verfahren leicht zu falschen Urtheilen und auf das schlüpfrige Feld der Hypothesen, welche letztere nur zu leicht zur Begründung falscher Vorstellungen verführen. Die Erklärung der höchst interessanten Beobachtung, dass der Kranke mit Diabetes insipidus Nachts 16 Mal mehr Urin entleerte als Tags — durch Congestion in den Harnorganen zur Zeit des Schlafes — sei eine durchaus gewagte. Die die Congestion verursachende veränderte Thätigkeit der Vasomotoren im Schlaf, welche vom Vortragenden zur Erklärung herangezogen wurde, sei eine durchaus hypothetische. Zur Entschuldigung der vielleicht scharf erscheinenden Vorwürfe führt Redner an, dass auch andere demselben Fehler verfallen seien, den Vortragender sich habe zu Schulden kommen lassen; so der geistreiche Prof. Meynert, der von einseitig pathologisch-anatomischem Standpunkte ausgehend sich schon auf den ersten Seiten seiner letzten Arbeit im Hypothesenstrudel befinde trotzdem er in der Vorrede erklärt, sich jeglicher Hypothesen enthalten zu wollen.

d) Dr. A. Schabert: Soweit die Ausführungen der Herren Zöge v. Manteuffel und Ed. Schwarz die Frage der Hypothese und ihrer Berechtigung in der Wissenschaft ganz im Allgemeinen betreffen, möchte Redner erwidern, dass es nur ein Missverständniss sein könne, wenn als Grundlage seines Vortrages die Hypothese angenommen werde. Die Grundlage seines Vortrages bilden die am Krankenbette gemachten Beobachtungen; der Vortrag sei daher rein praktischer Natur und sein Zweck auch ein rein praktischer, nämlich, die Darlegung einer Anzahl therapeutischer, hygienischer und prophylaktischer Massregeln in Rücksicht auf jene Beobachtungen. Es könne natürlich nicht befriedigen, Beobachtungen zu sammeln, sondern man müsse auch deren wesentliche Gründe festzustellen suchen. Die französische Schule der Urologen, an ihrer Spitze Guyon, habe nun seit Jahren mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass wir in der Congestion der Harnorgane — auf welchem Wege sie auch ausgelöst sein mag — ein bedeutsames Moment von pathogenetischer Dignität zu erblicken haben. Prüft man eine grosse Zahl unsrer bereits bestehenden und allseitig anerkannten therapeutischen und hygienischen Maassregeln, welche auf dem Gebiete der Urogenitalkrankheiten zur Anwendung gelangen, so wird man constatiren müssen, dass die Empirie schon seit langem den Weg betreten hat, den die Theorie erst später aufzusuchen sich bestrebt. Die Praxis habe sich schon lange für die Berücksichtigung der Congestion auf therapeutischem Gebiete und im Sinne ihrer Vermeidung entschieden.

Gegenüber den speciellen Ausführungen des Herren Dr. Zöge v. Manteuffel müsse Redner auf seinem Standpunkte verharren. Die tägliche Erfahrung beweise ein für alle Mal, dass die Propagation des gonorrhoischen Processes von allen den Momenten begünstigt wird, welche Congestionen erzeugen. Dem gegenüber sei es vollständig müssig, sich irgend welchen Vorstellungen über den Zusammenhang von der Menge des aufgenommenen virus d. h. der numerischen Stärke der Gonococcen und dem Verlaufe der Krankheit hinzugeben. Solche Erwägung liege ganz ausserhalb der Möglichkeit des Beweises.

Auch gegenüber der Negirung des Herrn Dr. Zöge v. Manteuffel, dass plötzliche Entleerungen noch Harnverhaltung die geschilderten Folgen haben können (natürlich nicht haben müssen) — weist Redner auf das einschlägige publicirte Material hin. Das bacteriologische Moment allein, d. h. reine Katheter vorausgesetzt, der Import von Harnröhrenbakterien in die Blase, — könne zur Erklärung der der Entleerung folgenden Cystopyelitis nicht genügen. Man sei gezwungen, an ein weiteres begünstigendes Moment zu denken. In Uebereinstimmung mit Anderen sehe Redner selbiges in der durch die Harnverhaltung an sich hervorgerufenen Congestionirung des ganzen Systemes, der Blase und der Nieren und in der der Entleerung folgenden, daher sich noch addirenden Hyperämia ex vacuo. Den Umfang und die Bedeutung der letzteren habe Herr Dr. v. Bergmann durch sein Bei-

spiel von letaler Blutung nach Katheterismus zur Genüge illustrirt.

e) Dr. N. v. Stryk: Speciell die Cystitis der Frauen sei nicht zu ausschliesslich als sekundäre Erkrankung bei Genitalleiden aufzufassen: ein sehr grosser Theil sei infektiöser Natur, ein anderer werde bei sonst gesunden Frauen beobachtet.

f) Dr. A. v. Bergmann: Die von Dr. Schabert gezogene Parallele zwischen callöser Striktur und Schwellungszuständen der Nasenschleimhaut sei wohl dahin zurechtzustellen, dass Dr. Schabert nicht die callöse Striktur sondern die Schwellungsstriktur der Harnröhre gemeint hat. Dass die mechanische Erklärung der Störungen bei Prostatahypertrophie nicht von der Hand zu weisen sei, beweisen die günstigen Erfolge, welche erzielt worden sind sobald der hypertrophische mittlere Prostatalappen entfernt wurde. Dass die Erfolge der Castration bei Prostatahypertrophie durch Elimination congestiver Zustände zu erklären sei, erscheine nicht plausibel, da es sich in den einschlägigen Fällen um alte Individuen, oft mit Hodenatrophie handelt, bei denen von Congestion wohl nicht mehr die Rede sein dürfte.

g) Dr. A. Schabert: Die von Dr. v. Bergmann berührte Parallele bezog sich in der That nur auf den Vorgang der Schwellung. Anatomisch seien die erwähnten Processe ja nicht zu vergleichen.

In Bezug auf die Art der Wirkung der Castration auf die Prostatahypertrophie möge man sich noch verschiedene Vorstellungen machen; doch könne es nicht geleugnet werden, dass gerade bei letzgenannter Erkrankung die Congestion eine wichtige Rolle spielt, was durch das alte Beispiel der Wiederkehr längst verschwundener Erektionen illustrirt werde. Auch die Angaben der Operateure, dass schon nach kurzer Zeit oft nach wenigen Tagen post operationem ein Rückgang der Symptome z. B. des erschwerten Harnens zu constatiren sei, liesse darauf schliessen, dass es sich nicht um den Rückgang im Sinne einer Atrophie sondern im Sinne der Abschwellung eines congestionirten Organes handele.

h) Dr. Zöge v. Manteuffel bemerkt Herrn Dr. v. Bergmann gegenüber, dass er sich nur gegen die Auffassung ausgesprochen habe, als habe die plötzliche Entleerung der Blase an sich — durch Congestion zum Urethralfieber geführt. Die Frage der Blutungen habe Redner nur indirekt gestreift.

Dem Vortragenden gegenüber wolle Redner noch erwähnen, dass ihm die Anschauungen der französchen Schule wohl bekannt seien und er mit Genugthuung constatiren könne, dass Vortragender die von Seiten Redners erhobenen Einwände an die richtige Adresse habe gelangen lassen, — nämlich nach Frankreich.

i) Prof. K. Dehio: Wie in letzter Zeit gegenüber der bakteriellen Infektion die Bedeutung der Disposition für die Genese der Infektionskrankheiten in den Vordergrund gestellt wird, so scheint auch Herr Dr. Schabert in der Pathologie der Urogenitalkrankheiten die Bedeutung der Congestion gegenüber der Wirksamkeit pathogener Mikroorganismen stärker als bisher üblich betonen zu wollen. Gewiss steckt darin ein richtiges Moment. Allein es kommt sehr darauf an, die Congestion nicht zu überschätzen. Es scheint, dass die Congestion immer nur ein disponirendes Moment zur Entstehung oder zur weiteren Ausdehnung der entzündlichen gonorrhoischen und tuberculösen Processe abgeben kann und habe vielleicht Dr. Schabert auch nichts anderes sagen wollen. Dann aber wäre wohl zu wünschen, dass diese Bedeutung der Congestion präcise zum Ausdrucke gebracht wird. Man dürfe nie sagen, die Congestion bewirke eine weitere Ausdehnung des Krankheitsprocesses sondern man werde nur behaupten können, dass die Congestion für die Entwicklung der pathogenen Mikroorganismen den günstigen Nährboden schaffe und so die Entstehung resp. die weitere Ausdehnung des parasitären Krankheitsprocesses begünstige.

k) Dr. J. Vierhuff: Nachdem sich so viele Stimmen gegen die Congestion in der Aetiologie der Urogenitalkrankheiten ausgesprochen haben, möchte Redner einen Fall referiren, in welchem die Congestion als Ursache einer Nierenblutung angesehen werden müsse: Eine junge, etwas anämische Frau, gravid im sechsten Monate, erkrankte plötzlich an Nierenblutung. Es bestand Schmerzhaftigkeit in der einen Nierengegend und im entsprechenden Urether; kein Albumin im Harn. Die Blutung kam unter Morphium, Eisbeutel etc. bald zum Stillstande, es erfolgte keine Frühgeburt. Die Blutung hat sich nicht wiederholt.

5. Dr. W. Greiffenhagen hält seinen angekündigten Vortrag: «Ein Beitrag zur Heilbarkeit der Blasentuberkulose». (wird anderweitig veröffentlicht).

6. Dr. E. Mey hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Rhachitis im Säuglingsalter».

Vortragender hat an 1000 ein- und zweijährigen Kindern der Arbeiterbevölkerung Riga's auf den Impfstationen Untersuchungen über das Vorkommen der englischen Krankheit angestellt, wobei es sich erwies, dass 86% aller untersuchten Kinder mehr oder weniger die Zeichen der Rhachitis darboten.

Nach genauer Feststellung der Ernährungs- und der Wohnungsverhältnisse dieser Bevölkerungsschicht ist Redner zu dem Schluss gekommen, hauptsächlich in Folge der auffallenden Abnahme der Intensität der Rhachitis im Spätsommer dass in erster Linie der lange Aufenthalt der Säuglinge während der rauhen Jahreszeit in den überfüllten Wohnräumen, wo sie 7—8 Monate des Jahres von der Aussenluft und dem Sonnenlicht abgeschlossen sind, das massenhafte Auftreten der in Rede stehenden Entwickelungsanomalie erklärt. Die Ernährung spielt dabei erst in zweiter Linie eine Rolle.

(Der Vortrag wird im nächsten Jahre in extenso in dieser Wochenschrift veröffentlicht werden).

Discussion:

a) Dr. E. Anders wendet dem Herrn Vortragenden ein, dass die von ihm beschuldigten hygienischen Bedingungen und der von ihm besonders urgirte Luftmangel nur ein ätiologisches Moment bilden könne gegenüber dem so frequenten Vorkommen der Rhachitis unter den allergünstigsten Verhältnissen, wo für alle hygieinischen Momente gesorgt ist. Hier käme besonders Heredität: Lues und Phthise der Eltern in Betracht, — Erkrankungen der Kinder an Diarrhöen, Bronchialaffectionen, Brechdurchfällen und acuten Exanthemen, in erster Linie Masern. Es würde zu weit führen, wollte man darüber in Discussion treten, ob die Rhachitis intrauterinen Ursprungs oder aber als Stoffwechselerkrankung des frühen resp. frühesten Lebensalters aufzufassen sei. — Gegenüber dem gar zu starken Betonen des Ventilationsmangels führt Redner an, dass im 2. Lebensjahre das Kind unverhältnissmässig häufiger an die Luft gebracht werde als im ersten und doch dem 2. Lebensjahre gehöre gerade die floride Entwicklung der Rhachitis an.

Die grosse Frequenz der Craniotabes am Orte der vom Vortragenden angestellten Beobachtungen stehe in befremdendem Verhältnisse zu dem relativ seltenen Vorkommen derselben in der Residenz. Daselbst könne man bei den nur etwas entwickelteren Formen der Rhachitis viel häufiger die Affectionen der Wirbelsäule nachweisen.

b) Dr. E. Mey erwidert Herrn Dr. Anders, dass die Anfänge jeder Rhachitis, die im zweiten Lebensjahre zur Beobachtung gelangt, in das Säuglingsalter verlegt werden müssen. Tuberculose und Lues spielen in der Aetiologie der Rhachitis als allgemeine, den Organismus schädigende Momente gewiss eine Rolle, in erster Linie sei jedoch nach Redners Ansicht als Causalmoment die 7—8 Monate währende Entbehrung der Aussenluft und des Sonnenlichtes anzusehen.

Bezüglich des beobachteten Auftretens der Rhachitis im Anschluss an acute Krankheiten hält Redner es für wahrscheinlicher, dass die schon seit längerer Zeit bestehende Rhachitis erst während der acuten Krankheit diagnosticirt werde.

c) Dr. A. v. Bergmann: Es bestehe ein auffallender Gegensatz zwischen dem geringen Contingent rhachitiskranker Kinder in der chirurg. Ambulanz des Rigaschen Stadtkrankenhauses und den Zahlen, die Herr Dr. Mey gefunden. Es wäre erforderlich, die Symptome procentualisch geordnet zu sehen, auf die hin Dr. Mey die Diagnose «Rhachitis» gestellt. Die intensive Beschäftigung mit einem gegebenen Thema verführe leicht zum Fanatismus. Ewald z. B. habe einen Procentsatz für die Wanderniere gefunden, wie er Anderen nie zugänglich ward. Herr Dr. Mey würde sich einen solchen Vorwurf ersparen durch procentualische Ordnung der seine Diagnose begründenden Symptome.

d) Prof. K. Dehio betont, dass die Craniotabes nicht mit der einfachen Nachgiebigkeit der Knochen des Hinterhauptes verwechselt werden dürfe, die durch das Offenstehen der Fontanellen und der Suturen im ersten Halbjahre des Lebens bedingt wird.

In Dorpat, wo die Rhachitis entschieden seltener sei als in St. Petersburg, scheinen die Kinder der Hebräer häufiger an Rhachitis zu erkranken als die der Esten und Deutschen.

e) Dr. E. Mey: Gegen die Erwägung des Herrn Professor Dehio sei anzuführen, dass von den meisten Autoren jede auch noch so geringe Nachgiebigkeit der Schädelknochen als pathologisch, als ein Ausdruck der rhachitischen Erkrankung aufgefasst werden müsse. Auf dem Magdeburger Congresse im Jahre 1884 ist im Anschlusse an einen Vortrag von Bohn diese Frage in positivem Sinne beantwortet worden.

Vortragender fasst die permanente Einwirkung der Aussenluft und des Sonnenlichtes als die hauptsächlichsten Bedingungen auch für die Verhütung des Zustandekommens der Rhachitis an einem in gesundem Zustande geborenen und von gesunden Eltern stammenden Kinde. Da die Erfüllung dieser

Bedingungen bei unserem Klima nicht möglich sei, so werde eben die normale Entwickelung der Säuglinge beeinträchtigt, i. e. durch die mangelhafte Oxydirung des Blutes behindert.

f) Dr. C. Deubner hält die Rhachitis für sehr verbreitet in den unteren Klassen der Rigaschen Bevölkerung mit Bevorzugung der jüdischen Race, doch hält er gegenüber dem grossen Zahlenmateriale des Herrn Dr. Mey für angezeigt, festzustellen, ob der Craniotabes in der That die Bedeutung eines ersten Frühsymptomes der Rhachitis beizumessen sei, wie Dr. Mey es hervorhob.

Herrn Dr. Anders erwidert Redner, dass er in Uebereinstimmung mit Herrn Dr. Mey die Rhachitis im ersten Lebensjahre für sehr verbreitet halte und der Meinung sei, dass alle Kinder, welche im 2. Lebensjahre Zeichen der Rhachitis aufweisen, schon im ersten Lebensjahre von der Krankheit ergriffen waren.

g) Dr. H. Truhart berichtet aus seiner gerichtlichen Praxis folgenden Fall: Ein uneheliches Kind war von der Mutter getödtet worden. Die bei Gelegenheit der Obduktion vorgenommene Untersuchung erwies: rhachitische Erkrankung der Epiphysen und Craniotabes in hohem Grade. Der citirte Fall erbringe den Beweis, dass die Rhachitis, wie im Speciellen die Craniotabes als deren Symptom — angeboren vorkommen.

Schluss der II. Sitzung.

D. Z. Secretair Dr. med. E. Sokolowski.

Vermischtes.

— Der Professor der Psychiatrie und Neurologie an der militär-medicinischen Academie, Dr. W. M. Bechterew, ist zum berathenden Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités ernannt worden.

— Der Director der 2. therapeutischen Abtheilung des klinischen Militärhospitals, Prof. Dr. Tschudnowski hat eine zweimonatliche Urlaubsreise in's Ausland angetreten. Für die Zeit seiner Abwesenheit ist Prof. Ssirotinin mit der Leitung dieser Abtheilung betraut worden und ist demselben anheimgestellt, die Vorlesungen über Diagnostik und allgemeine Therapie, sowie die praktischen Beschäftigungen mit den Studenten, den Privatdocenten der Academie Lipski, Geissler und Jawein zu übertragen.

— Verstorben: 1) Am 20. December in St. Petersburg nach kurzem Krankenlager der Leibmedicus Prof. emer. wirkl. Geheimrath Dr. Fedor Zyzurin im 81. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus dem Gouv. Woronesh und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Charkower Universität erhalten, welche er im Jahre 1835 mit dem Arztgrade absolvirte. Nachdem er sodann behufs weiterer Vervollkommnung im damaligen Dorpater Professoren-Institut seine Studien von 1839—41 fortgesetzt und daselbst die Doctorwürde erlangt hatte, wurde er auf Kronskosten auf 2½ Jahre in's Ausland abcommandirt. Nach seiner Rückkehr (1844) wurde Z. zum Professor der Therapie in Kiew ernannt und war dann successive Präsident der Warschauer medicinischen Academie, Director des Medicinaldepartements und von 1867 an Chef des Hof- und Medicinalwesens. Als Leibmedicus fungirte er seit 1865. Der Verstorbene ist auch vielfach literärisch thätig gewesen. 2) In Charkow am 9. December der Professor emer. der Histologie und Embryologie an der dortigen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Const. Kutschin, im Alter von nahezu 60 Jahren. 3) In Jalta der Ordinator des Cherssonschen Landschaftshospitals, Dr. St. Shukowski, im 51. Lebensjahre an Phthisis. Trotz seiner langjährigen praktischen Thätigkeit hat der Verstorbene nichts hinterlassen. Die Gouvernements-Landschaft hat die Erziehung seines Sohnes auf ihre Kosten übernommen.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Prof. Hoppe-Seyler, auf dem Lehrstuhl der physiologischen Chemie an der Strassburger Universität ist Prof. Hüfner aus Tübingen berufen worden.

— Die Farbwerke vorm. Meister, Lucius, Brüning in Höchst geben von jetzt an das Tuberculinum Kochii zum ermässigten Preise von 30 Pfennige pro 1 Cctm. ab.

— Die hiesige militär-medicinische Academie (vormals medico-chirurgische Academie) begeht am 18. December 1897 ihr 100-jähriges Jubiläum. Zur Herausgabe eines historischen Abrisses über die Thätigkeit der Academie ist seitens derselben eine Commission unter dem Vorsitz Prof. Iwanowski's niedergesetzt worden, welcher zur Bestreitung ihrer Ausgaben vom Kriegsministerium 15,000 Rbl. bewilligt worden sind.

— Nach dem Jahresbericht der mil.-med. Academie pro 1895 betrug die Zahl der Studirenden zum 1. Sept. d. J. 731. Das Lehrpersonal besteht aus 3 Academikern, 21 ordentlicheh 12 und ausserordentlichen Professoren, sowie 79 Privatdocenten, von denen aber nur 58 Vorlesungen halten. Goldene Medaillen erhielten 4 Studirende. Gelehrte Grade und Würden wurden von der Academie im Berichtsjahre im Ganzen 649 verliehen, davon die medicinische Doctorwürde an 125 Personen, der Grad eines Arztes — an 140, die Würde eines Medicinalinspectors an 2 und die eines Kreisarztes an 2 Personen.

— Die russische periodische Literatur erfährt im Jahre 1896 eine erhebliche Bereicherung. Es sind bereits 6 neue medicinische Zeitschriften concessionirt worden, von denen 4 in St. Petersburg und 2 in Moskau erscheinen werden: 1) «Russisches Archiv der Pathologie, klin. Medicin und Bacteriologie», redigirt von Prof. W. Podwyssotzki, herausgegeben von K. Ricker; 2) «Revüe der Psychiatrie, Neurologie und experimentellen Psychologie, redigirt von Prof. Bechterew, herausg. von K. Ricker; 3) «Zeitgenössische Medicin und Hygiene», redigirt von Prof. M. J. Afanassjew (St. Petersbg.). 4) «Revüe des öffentlichen Sanitätswesens», redigirt von dem Sanitätsarzt der St. Petersbg. Landschaft Dr. J. A. Dmitrijew (St. Petersb.); 5) «Zeitgenössische Medicin» redigirt von Dr. K. W. Skurchowitsch (Moskau); 6) «Medicin des Kindesalters», redigirt von Dr. L. P. Alexandrow, Oberarzt des Olga-Hospitals in Moskau.

— Das Medicinal-Departement macht bekannt, dass in nächster Zeit eine Gesetzessammlung, enthaltend sämmtliche Medicinalgesetze und diesbezügliche Verordnungen, in 3 Theilen (zusammen gegen 100 Druckbogen stark) erscheinen wird. Der Preis für diesen Medicinalcodex beträgt bis zum 1. März 1896 nur 3 Rbl., nach dem 1. März aber 5 Rbl. Subscriptionen nehmen das Medicinal-Departement in St. Petersburg, sowie sämmtliche Medicinalverwaltungen in den Gouvernements entgegen. Der erste Theil wird bereits im Januar 1896 erscheinen.

— Die Choleraepidemie in Russland weist in der letzten Woche eine erfreuliche Abnahme auf. In der Stadt St. Petersburg sind vom 15.—22. December 34 Personen an der Cholera erkrankt, 38 genesen und 25 gestorben, so dass zum 22. December 39 Cholerakranke in den Hospitälern verblieben (gegen 68 Personen am 15. December). Im Gouvernement St. Petersburg kamen vom 10.—16. December 16 Erkrankungen und 7 Todesfälle an der Cholera und im Gouv. Kiew vom 3.—9. December 12 Erkrankungen und 6 Todesfälle vor. Aus Wolhynien liegen keine Nachrichten vor.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. December d. J. 7709 (203 wen. als in d. Vorw.), darunter 1336 Typhus — (35 wen.), 674 Syphilis — (46 wen.), 146 Scharlach — (12 wen.), 56 Diphtherie — (3 wenig.), 78 Masern (2 wenig.), und 21 Pockenkranke (3 mehr) als in der Vorw.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis 23. December 1895.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
395	348	743	135	52	146	15	12	28	62	74	60	42	53	48	16	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 30, Febris recurrens 4, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 3, Masern 37, Scharlach 13, Diphtherie 14, Croup 13, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 44, Erysipelas 10, Cholera nostras 19, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 39, Krankheiten des Verdauungscanals 66, Todtgeborene 26.

➔ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 9. Januar 1896.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **CARL RICKER** in St. Petersburg, Newsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

Moderne, mit allen medicinischen Behelfen ausgestattete

PRIVATHEILANSTALT
für chirurgische und interne Kranke,

Wien, Schmidgasse 14 (vormals **Dr. Eder**)

Vorzügliche Pflege. **Mässige Preise.**

Auskünfte jeder Art ertheilt bereitwilligst der Eigenthümer und Director

Dr. Julius Fürth.

(103) —9.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

Dr. Paul Börner's
Reichs-Medicinal-Kalender
für Deutschland.

Herausgegeben von

Prof. Dr. **A. Eulenburg** und Dr. **Jul. Schwalbe**.

1896.

5 Mark.

Das Taschenbuch erscheint in zwei Ausgaben:

1) Kalendarium in 4 Quartalsheften zum Einhängen.
2) Kalendarium fest eingebunden.

4-й годъ изданія.

ОТКРЫТА ПОДПИСКА НА НАУЧНО-СПЕЦІАЛЬНЫЙ И БЫТОВОЙ ЖУРНАЛЪ

1896 „ФАРМАЦЕВТЪ" 1896

ПРОГРАММА:

Научный отдѣлъ: 1) Оригинальныя статьи. 2) Обзоръ отечественной и иностранной литературы по фармацевтич. предметамъ. 3) Новыя врачебныя средства. Патэнтовыя и сеиретныя ередства 4) Статьи по изслѣдованію продовольственныхъ и иныхъ жизненныхъ продуктовъ, а также предметовъ техническаго и фабричнаго производства. Борьба съ фальсификаціей 5) Работы изъ области судебной и санитарной химіи. Дезинфекція. 6) Изслѣдованія химическія и микроскопическія въ области фармаціи и фармакогнозіи. 7) Отдѣлъ. практической фармаціи. 8) Библіографія.

Бытовой отдѣлъ: 9) Оффиціальная часть. 10) Сообщенія и отчеты фармацевтическихъ обществъ. 11) Хроника аптечной жизни. 12) Біографіи и некрологи. 13) Справочный отдѣлъ. 14) Открытыя корреспонденція. 15) Объявленія.

УСЛОВІЯ ПОДПИСКИ:

Цѣна журнала съ доставкой и пересылкой въ Россіи: въ годъ **6** руб., за 6 мѣсяцевъ **3** р. **50** к., за 3 мѣсяца **2** р., каждый № **40** к.

Годовымъ подписчикамъ допускается разсрочка по третямъ года.

Подписка принимается: 1) **въ редакціи** (Гороховская улица, д. бывш. графа Разумовскаго), 2) въ конторѣ типографіи товарищества И. Н. Кушнаревъ и К°. (Пименовская ул., собств. домъ) и въ магазинѣ той же фирмы (Никольская, д. бр. Чижовыхъ).

Объявленія принимаются по цѣнѣ:

за 1/1 страницу 30 руб., за 1/2 страницы 15 руб., за строку петита (въ страницѣ 3 столбца) 15 к. считая объявленіе не менѣе 5 строкъ.

При повтореніи объявленія дѣлается скидка. Особыя приложенія по соглашенію.

Годовымъ подписчикамъ на 1896 г. редакція отпускаетъ въ видъ преміи: 1) Указатель адресовъ для аптекарскаго дѣла **Фридрихсона**, *стоющій 3 р. 50 к.,—за 2 руб. и 2) Русское виноградное вино и хересъ* **магистра М. Блауберга**, *стоющее 3 р. 25 к.—за 1 р. 60 к.*

Редакторы-издатели: магистры фармаціи { **И. Антушевичъ.** **Э. Альтгаузенъ.**

SESTRI LEVANTE.

Grand Hôtel.

Riviera di Levante. Winterstation.

Seebad.

Neues deutsches Haus I. Ranges. Herrliche Lage hart am Meere. Grosser Garten und Terrassen. Zahlreiche Spaziergänge mit mannigfaltigster Aussicht. 50 parquettirte Zimmer. Gute Ofenheizung. Erwärmte Seebäder und Hydrotherapie im Hause. Massage Kurarzt Dr. Sarnow. — Pension von 7 Frcs. Das ganze Jahr geöffnet. Frühlingsaison bis Ende Juni. Prospecte zu Diensten.

Besitzer **Fr. Jensch**.



Moorbäder im Hause!



Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Kistchen à 1 Kilo.	Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Kilo

Heinrich Mattoni,

Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest. Niederlage in St. Petersburg bei **Stoll & Schmidt.** (18) 26-23

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Кабинетская ул. домъ 22/14, кв. 25.

Amalie Born, Большая Подъяческая д. 9, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевская, д. № 17, кварт. 19.

Pauline Gebhardt. Вас. Остр. Б. просп., д. 5, кв. 18.

Frau **Hasenfuss**, Мал. Подъяческ. д. 14. кв. 15.

Frau **Marie Kubern**, Мойка № 84, кв. 19.

Schwester Elise Tennison, Николаевска ул., д. 11, кв. 17.

Frau **Gülzen**, W. O., 17. Linie, Haus № 16 Qu. 10.

А. А. Щукина, Поварской пер. д. 17, кв. 6.

Frau **Amalie Schulze**, фонтанка № 137 кв. 119.

Antoinette Lücke, Невскій пр., 32/34, кв. 13.

Sophie Jordan, В. О., 10 лин. д. 11, кв. 9.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб. 29 Декабря 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 1. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1895.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiv psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina. (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgitscheskij westnik (Chirurgische Zeitschrift).
Medizina. (Medicin).
Medizinskoje obosrenije. (Medicinische Rundschau).
Medizinskija dribawlenija k morskomu sborniku. (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Meshdunarodnaja klinika. (Internationale Klinik).
Praktitscheskaja medizina. (Praktische Medicin).
Russkaja medizina. (Russische Medicin).
Semskij wratsch. (Der Landarzt).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii. (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii. (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny. (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal. (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch. (Der Arzt).

Medicina. № 31–42. 1894.

J. Gurwitsch: «Zur Frage von dem Einflusse des künstlichen und natürlichen Contrexéville-Wassers (Source du Pavillon) auf die Ausscheidung von Harnsäure und über die Behandlung der Nephrolithiasis mit diesem Wasser». (NNr. 31–43.)

Die experimentellen und klinischen Beobachtungen des Verf. führten zu folgenden Schlusssätzen: 1) Die durchschnittliche tägliche Harnmenge steigt bei Anwendung des Contrexéville; bei vielen Patienten bleibt diese Wirkung noch bestehen, wenn bereits die Cur beendet worden ist. 2) Mit der Vermehrung der täglichen Harnquantität beobachtet man ein Sinken des specifischen Gewichts, also eine Verdünnung des Harns. 3) Die absolute Menge der Harnsäure nimmt in der Mehrzahl der Fälle ab; zuweilen ist diese Verminderung des Harnsäuregehaltes auch nach Beendigung der Cur zu constatiren. 4) Der relative Harnsäuregehalt (jedes Mal auf 100 Ccm. berechnet) ist während des Gebrauches des Contrexéville fast in allen Fällen geringer. Diese Resultate wurden sowohl bei Anwendung des natürlichen, als auch bei Anwendung des künstlichen Wassers beobachtet. Wenn schon die diuretische Wirkung des Wassers und seine Fähigkeit den Procentgehalt der Harnsäure im Harn zu verringern von sehr gutem Einflusse auf die Nephrolithiasis sein müssen, so kommt noch hinzu, dass der Harn unter dem Einflusse des Contrexéville die Fähigkeit erlangt Harnsäure zu lösen. Verfasser hat die Versuche von Lehmann wiederholt und erzielte positive Resultate.

S. Rudnitzki: «Nochmals über den Nutzen der Blutentziehungen nach Prof. Sacharin». (Nr. 31.)

Beschreibung zweier Krankengeschichten. Es bestanden; Blutandrang zum Kopf, Wallungen, Herzbeklemmungen, alle diese Symptome schwanden sofort, nachdem Blutegel an's Kreuzbein angelegt wurden.

Jaroschewski: «Zur Casuistik der acuten Psychoneurosen». (Nr. 33.)

W. Masslow: «Ueber Stricturen des Darmcanals». NNr. 34, 36 u. 38.

Verfasser führt einige recht interessante Krankengeschichten an, die das klinische Bild der Darmstenose darstellen, bespricht alsdann recht ausführlich die Aetiologie, Diagnose, pathologische Anatomie und die Therapie der Krankheit.

M. Flaum: «Ueber den Einfluss niedriger Temperatur auf die Thätigkeit des Magens». (NNr. 35, 37.)

Experimentelle Untersuchungen, die im Kronecker'schen physiologischen Institut zu Bern angestellt worden sind. Zunächst wurden Beobachtungen mit künstlichem Magensaft vorgenommen. Es galt dem Verfasser zu erfahren, ob die Abkühlung nur die Intensität der Verdauung schädigt, d. h. ob bei niedrigen Temperaturgraden der Verdauungsprocess nur verlangsamt wird, oder aber dieser Process auf einer bestimmten Stufe stehen bleibt und die Endproducte sich gar nicht entwickeln. Den künstlichen Magensaft stellte Verf. nach der von Kuehne und Chittende angegebenen Methode dar; alsdann versetzte er kleine Stückchen von Eiereiweiss mit dem Magensaft in Glaskolben, die er dann bei verschiedener Temperatur aufbewahrte. Er fand: bei 40° C. Nach 2 Stunden bekommt man bei Neutralisation der Flüssigkeit einen deutlichen Niederschlag (Acid albumin, Neutralisationspräcipitat);

2) Bei 16,5° C. Nach $2^1/_4$ Stunden tritt der Neutralisationsniederschlag auf.

3) Bei 10° C. Es gelingt erst nach 3–$3^1/_4$ Stunden Acid albumin nachzuweisen.

4) Bei 5°–6° C. Acid albumin entwickelt sich in sehr geringen Mengen erst nach 8 Stunden; am anderen Tage tritt die Reaction sehr deutlich auf.

5) Bei 0° C. Es vergehen 2–3–4 Tage, bevor die Reaction des Acid albumins deutlich zu Tage tritt; jedoch fehlt sie nie. Also auch bei dieser niedrigen Temperatur wirkt der Magensaft, wenn auch nur sehr langsam. Weitere Beobachtungen des Verf. mit einem von Albumosen und Peptonen vollständig freien Magensaft ergaben, dass bei niedriger Temperatur auch weitere Verdauungsproducte (Albumosen, Peptone) sich bilden, wenn auch nicht in so grossen Quantitäten, wie bei höherer Temperatur. Bei 5°–6° C. währt der Verdauungsprocess 7–8 Tage bis zum völligen Verschwinden des Niederschlages bei Neutralisation; bei 0° dauert dieser Process 14–15 Tage. Eine Reihe von Beobachtungen stellte F. an Fröschen an; nach Ausspülung des Magens, brachte er in denselben kleine Stückchen Eiereiweiss hinein und setzte einige Frösche auf Eis, andere behielt er im Zimmer. Das Resultat war, dass bei 4°–5° C. die Verdauung gar nicht von Statten ging: bei + 10° C. verlief die Verdauung fast ebenso rasch, wie bei Zimmertemperatur. Um den Einfluss der Temperatur auf die Regeneration des Eiweisses im Magen, d. h. auf die Verwandlung der Albumosen und Peptone in Albuminate zu studiren, brachte Verf. in den Magen von Fröschen, nachdem er denselben rein ausgewaschen hatte, (im Spülwasser keine Spur von Eiweissstoffen) kleine Peptonpillen (Gruebler) hinein; bei Zimmertemperatur gelang es ihm die Regeneration des Eiweisses nachzuweisen; bei + 10° C. geht dieselbe ebenso rasch vor sich, wie bei Zimmertemperatur; bei + 7 C–0° C. konnte er nie, auch nicht nach geräumiger Zeit, im ausgedrückten Saft Eiweiss nachweisen. Schliesslich stellte Verf. auch Versuche an, die den Einfluss der Temperatur auf die Peristaltik des Magens darthuen sollten.

M. Pargamin: «Ueber einige Erkrankungen der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, die Sterilität bedingen». (Nr. 39 und 41.)

Verfasser stellt den Satz auf, dass bei Sterilität der Ehe die gynaecologische Untersuchung und Behandlung erst dann Platz greifen muss, nachdem das Sperma mikroscopisch untersucht und normal befunden worden ist. Es sind 5 Möglichkeiten im Auge zu behalten: 1) Es wird beim Coitus gar kein Sperma ejaculirt (Aspermie), obgleich die potentia coeundi vorhanden ist. 2) Das ejaculirte Sperma enthält keine Spermatozoen (Ozoospermie). 3) Die Ejaculation tritt zu rasch ein, ante portas genitalium oder aber zu spät schon post coitum, nachdem die Erection des Gliedes vorbei ist. 4) Die äussere Oeffnung der Urethra findet sich nicht an normaler Stelle, also bei Bestehen von Hypospadie, Epispadie; in diesen Fällen gelangt das Sperma sub coitu nicht an seinen Bestimmungsort. 5) Impotentia coeundi wegen Schwäche oder mangelhafter Entwickelung des Gliedes. Verfasser bespricht eingehend alle diese 5 Möglichkeiten.

N. Schewelew. Kryptorchismus complicirt mit Einklemmung einer angeborenen, interstitiellen Inguinalhernie». (Nr. 42.)

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. 1894. Juli – October, № VII – X.

A. F. Brand: «Zur pathologischen Anatomie primärer maligner Tumoren des Beckenzellgewebes und die dadurch hervorgerufenen Veränderungen im Uterus und seinen Adnexen.» (VII, VII).

Maligne Neubildungen welche ihren Ausgang vom lockeren Bindegewebe der breiten Mutterbänder nehmen sind nicht sehr häufig und hält es Verf. daher für angezeigt über folgenden Fall zu berichten.

Eine 28-jährige Virgo leidet ungefähr seit einem Jahre an einer Geschwulst im Unterleibe, welche, fast das ganze Becken ausfüllend, oberhalb der Symphyse als faustgrosser Tumor palpirbar ist. Pat. wird, schon sehr heruntergekommen, in die Klinik Prof. Slawjanski's aufgenommen und stirbt daselbst nach einem Monate. Die Section bestätigte die schon zu Lebzeiten gestellte Diagnose eines Sarkom des Beckenzellgewebes. Obductionsbefund: Die untere Hälfte der Gebärmutter wird von einer Geschwulstmasse umgeben, welche sich in Form dünner Platten, sowohl nach vorne, als auch nach hinten, zwischen Uterus und Blase resp. Rectum ausbreitet. Seitwärts nimmt der Tumor die Parametrien ein, indem er die Blätter des lig. latum in der Richtung nach vorne und nach hinten entfaltet. Sich der Beckenwand nähernd, liegt die Geschwulst der Innenfläche der Beckenknochen an, ohne in die Knochensubstanz überzugehen und durchwächst die fossa iliaca. Hier besteht ein inniger Zusammenhang der Geschwulst mit dem m. ileopsoas. Von oben wird die Geschwulst vom normalen peritonealen Ueberzuge der breiten Mutterbänder bedeckt; derselbe ist über der Geschwulst verschieblich und tritt nirgends in engere Beziehungen mit dem Tumor. Ein Uebergang der Geschwulst auf die Gebärmutter oder die Blase ist gleichfalls nicht nachweisbar. Die Tumormasse besteht aus einzelnen Knoten und hat auf dem Durchschnitt ein mattgraues, stellenweise braunrothes Aussehen. Das Mikroskop zeigt eine grosse Anzahl von Rundzellen mit spärlicher Intercellularsubstanz. Die Zellen durchwuchern, sich nach allen Seiten hin ausbreitend, die verschiedenen Gewebselemente. (Sarcoma globocellulare). Hyaline Degeneration der Gefässwandungen. Im Uterus und den Adnexen beginnende atrophische Vorgänge.

A. A. Anufrijew: «Zur Lehre von den Missbildungen.» (VII, VIII).

Einige geschichtliche und embryologische Daten über Missbildungen vorausschickend, berichtet Verf. über 2 Fälle. Im ersten Fall fehlte bei dem sonst normal entwickelten, ausgetragenen Kinde der rechte Unterschenkel. Der rechte Oberschenkel, um 1 Cm kürzer als der linke, ist 10 Cm. lang. Condylus externus und internus, so wie die fossa patellaris und intercondyloidea, sind am Femur deutlich ausgesprochen. Ungefähr 1 Cm. von der Epiphyse des Oberschenkels nach rechts und hinten entfernt befindet sich ein häutiger Appendix von der Grösse einer Mandel. Narbengewebe oder Spuren einer Autoamputation sind nicht zu finden. Im 2 Falle bestand eine stärkere Entwickelung der linken Ohrmuschel, stark hervortretende Beckenknochen, mangelhafte Entwickelung des weichen Gaumens und der Zunge, Pedes equino-vari.

A. N. Ssolowjew: «Geschwulst der Tuba Fallopiae mit flüssigem Inhalt. Durchbruch oberhalb des Nabels. Entfernung des Sackes. Heilung». (VII, VIII).

A. A. Anufrijew: «Zur Kasuistik der Geschwülste der äusseren Geschlechtstheile beim Weibe». (VII, VIII).

Im Falle A's handelte es sich um ein Lipom, welches sich im hinteren unteren Abschnitte der linken grossen Schamlefze entwickelt hatte (nach einem Trauma?). Die Geschwulst wurde extirpirt. Die Wunde heilte per primam ohne schädliche Folgen für die zugleich bestehende Schwangerschaft.

J. Klausinskaja: «Rechenschaftsbericht über die Thätigkeit des VI. städtischen Gebärasyles in Warschau (vom 1. Nov. 1887 bis 1. Jan. 1894). (VII, VIII).

Im Ganzen 1266 Geburten. In 205 Fällen = 16,2 pCt. operative Eingriffe. Puerperium normale in 1065 Fällen. Temperatursteigerung bis 38° in 95 Fällen = 7,5 pCt. Septische Puerperalerkrankungen in 32 Fällen = 2,5 pCt. Sterblichkeitsprocent im Allgemeinen 0,16 an Sepsis 0,08. Allgemeine Mortalität der Kinder in 5,9 pCt.

W. Kupidonow: «Die Electrotherapie bei Peri-Parametritis». (IX).

Nachdem Verf. mit einigen Worten der Pathologie in Rede stehender entzündlicher Veränderungen in der Umgebung des Uterus, der Art der Anwendung und der Erfolge der Electricität Erwähnung gethan hat, berichtet er über 14 Fälle welche mit Electricität behandelt wurden. In 8 Fällen hat er einen vollständigen Schwund des Exsudates nach der Galvanisirung zu verzeichnen, in 2 Fällen kam es zu fast vollständiger Heilung, in 2 Fällen zu unvollständiger (nicht beendete Behandlung). In einem Falle trat in Folge unvorsichtiger Anwendung zu starker Ströme eine Verschlimmerung des Leidens ein; 1 Fall befindet sich noch in Behandlung, doch giebt derselbe die besten Hoffnungen auf einen günstigen Ausgang.

In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um alte periparametritische Exsudate, welche schon mit den verschiedensten Mitteln erfolglos behandelt worden waren. Im Gegensatz zu Apostoli wendet Verf. nur Ströme von 10–60 M. A. an. Dauer der Sitzung 3–5 Minuten. In die Vagina wird eine kurze Apostolische Kohlenelectrode eingeführt und mit dem negativen Pole verbunden, während die breite Anode auf die Bauchdecken applicirt wird. Um eine ätzende Wirkung der Kathode auf die Scheidenschleimhaut zu vermeiden, wird die Lage der Electrode in der Vagina alle 12–16 Secunden verändert, wobei jedes Mal eine vollständige aber nur allmählige Unterbrechung des Stromes vermittelst der Stromwähler herbeizuführen ist. Der Vorzug bei Anwendung der activen Kathode besteht in der resorbirenden Wirkung des negativen Poles; durch Abkürzung der einzelnen Seancen kann auch die wenig erwünschte erregende Wirkung dieses Poles bedeutend vermindert werden.

W. W. Potejenko. 7 Koeliotomien.» (IX).

Dieser Bericht eines Landarztes aus dem Usmarischen Kreise des Tambowschen Gouv. umfasst folgende Operationen:

1 Koeliotomie wegen Kystoma proliferum glandulare ovarii — Heilung. 2 Koeliotomien wegen Kystoma ovarii sin. — Heilung. 1 Koeliotomie wegen Sarcoma omenti (Resection eines 3 Cm. langen Stückes pathologisch veränderten Dünndarmes) — Tod. 1 Myomotomie wegen Fibromyoma uteri (intraperitoneale Stielversorgung nach Ott) — Heilung. 1 Koeliotomie wegen Salpingo-oophoritis duplex chr., Graviditas extrauterina tubaria sinistra — Heilung. 1 Probekoeliotomie wegen Sarcoma renis — prima intentio der Bauchwunde.

M. Tschernomordik — Günsburg. «Zur Kasuistik der Uterusperforation in Folge criminellen Abortes.» (IX).

Verfasserin konnte bei einer Pat. zu welcher sie gerufen wurde folgenden Befund aufnehmen. Niedriger Stand der vergrössert. Portio. Am äusseren M. M. frische Einrisse. Uterus vergrössert — nach rechts dislocirt. Beweglichkeit desselben beschränkt. Im hinteren und linken Scheidengewölbe ein derbes schmerzhaftes Exsudat, dessen obere Grenze sich linkerseits 3 Querfingerbreit über dem lig. Poupartii befindet. Cervicalkanal für einen Finger durchgängig; die Schleimhautoberfläche derselben uneben. In der Gegend des inneren M. M. gelangt der Finger ohne Schwierigkeiten in eine Höhle welche mit Blutgerinnseln ausgefüllt ist; in derselben fühlt man den unebenen Rand eines festen Körpers, welcher an das angebrochene Ende eines Holzstückes erinnert. Beim Versuche den Fremdkörper zu entfernen gleitet er weiter in die Tiefe. Entfernt man den Finger aus der Höhle, so gelangt man weiter nach oben hin in eine andere Oeffnung, welche in die erweiterte aber leere Uterushöhle führt. Die Schleimhaut der Gebärmutter war gleichfalls durch zahlreiche, zum Theil die ganze Muskulatur durchsetzende, Continuitätstrennungen lädirt. Verf. stellte Diagnose auf: stattgehabter Abort. Perforation der Uteruswand. Septische Parametritis und Peritonitis. Dieser Befund wurde von 2 consultirten Aerzten bestätigt.

Pat. welche verheirathet ist, stellt jede Möglichkeit einer Schwangerschaft resp. eines Abortes in Abrede. Sie will die letzte Menstruation eine Woche vor ihrer Erkrankung gehabt haben und giebt als Grund der Blutungen und Krankheit einen Fall von einer Treppe an.

Erst als der Zustand der Pat. sich zusehends verschlimmerte gestand sie, dass sie im 3. Monat der Schwangerschaft sich befindend, auf Rath einer Frau einen künstlichen Abort auf folgende Weise hervorgerufen habe. In hockender Stellung bohrte sie, trotz der heftigsten Schmerzen, in der Gebärmutter mit einer Spindel so lange herum, bis die Entfernung des Instrumentes nicht mehr gelang, weshalb sie dasselbe abbrach. Es trat darauf eine sehr starke Blutung auf, Pat. verlor das Bewusstsein, wagte aber aus Furcht nicht den wahren Grund des Leidens ihrer Umgebung mitzutheilen. Nach einigen Tagen erfolgte der exitus letalis.

W. G. Beckmann. «Zur Frage von der Untersuchung Kreissender per rectum.» (IX).

Ist als Autoreferat in der St. Pet. Med. Wochenschr. № 42 pag. 376 enthalten.

M. J. Rasumowski «Rechenschaftsbericht der geburtshilflichen Abtheilungen des Odessaer Stadthospitals pro 1893». (IX).

389 Geburten; in 17 Fällen = 4,5 pCt. operative Eingriffe. In 89 pCt. afebriles, in 10.5 pCt. febriles Puerperium. Allgemeines Sterblichkeitsprocent 0,5; an Sepsis 0,2. 50,9 pCt. Mortalität der Kinder.

A. F. Brandt. «Zur Aetiologie der Cysten der kleinen Labien». (X).

Nach einem Hinweis auf das seltene Vorkommen von Cysten der kleinen Schamlippen, berichtet B über einen Fall in welchem ein Wallnussgrosser Tumor am freien Rande der rechten kleinen Labie seinen Sitz hatte und durch keilförmige Excision entfernt wurde. Unter dem Mikroskop erwies es sich, dass das Gebilde eine Höhle enthielt, welche mit Cylinderepithel ausgekleidet war und eine selbstständige bindegewebige Wandung besass. B. ist der Ansicht, dass die Cyste sich aus einer Talgdrüse entwickelt hat.

A. A. Muratow «Zur Therapie submucöser und interstitieller Uterusmyome im Puerperium». (X).

Die Schlussfolgerungen der Abhandlung Verf.'s, welche durch 3 einschlägige Krankengeschichten illustrirt wird, sind in Bezug auf die Therapie folgende: 1) Leicht erreichbare und entfernbare Geschwülste müssen im Puerperium entfernt werden. 2) Nicht leicht zu entfernende aber in Zerfall begriffene Tumoren müssen gleichfalls und nach Möglichkeit in einer Sitzung enucleirt werden, um die Quelle der Infection zu beseitigen. 3) Ist aus irgend welchen Gründen eine Zerstückelung der Geschwulst in mehrmaligen Seancen nothwendig, so muss jedes Mal alles zerfallene Gewebe möglichst vollständig entfernt werden. In den Zwischenräumen ist besonderes Gewicht auf die Desinfection der Gebärmutterhöhle, speciell des Bettes der Geschwulst, zu legen. 4) Desinficirt wird in solchen Fällen am zweckmässigsten durch häufige Spülungen mit Sublimat oder durch, reichlich in Jodoformemulsion getränkte, Jodoformmarlytampons. 5) Falls eine Entfernung des Tumors unbedingt indicirt ist, muss immer zuerst versucht werden die Operation vom Geburtskanale aus vorzunehmen und nur in Fällen, wo sich der Entfernung auf diesem Wege unüberwindliche Schwierigkeiten bieten, kann die Koeliotomie ausgeführt werden. 6) Einmalige Schüttelfröste bei partieller Entfernung des Tumors im Puerperium sind nicht als Zeichen einer Resorbtion pathogener Mikroorganismen aufzufassen, sondern sind nur der Ausdruck einer Reaction der Gebärmutter auf den mehr weniger starken traumatischen Reiz, welcher durch die Entfernung der Geschwulst hervorgerufen wird.

W. P. Filonowitsch «2 Fälle von Stenose der Vagina.» (X).

In beiden Fällen handelte es sich um narbige Stenosen der Scheide complicirt mit Vesico- resp. Rectovaginalfisteln nach schweren Geburten. Nach blutiger Durchtrennung des stenosirenden Ringes und Vernähung der Fisteln gelang es Verf. in beiden Fällen die gesetzten Defecte durch Schleimhautlappen welche von den grossen Schamlippen abpräparirt wurden zu decken und die Verengerung der Scheide dadurch dauernd zu beseitigen.

M. N. Pargamin. «Ein sehr seltener Fall von mehrfacher Schwangerschaft.» (X).

Nach kurzen Bemerkungen über die Häufigkeit und die Ursachen mehrfacher Schwangerschaft und die Beschaffenheit der Frucht bei einer solchen referirt P. über einen von ihm beobachteten Fall von 4 facher Schwangerschaft. 31-jährige VII Para. Leibesumfang auf der Höhe des Nabels 114 Cm. Das erste Kind wurde in Schädellage, das 2 und 3 in Fusslage geboren. Eine $^1/_2$ Stunde nach Geburt der 3 Früchte wurden 3 Placenten ausgestossen. Es folgte die Geburt der 4. Furcht in Steisslage. Die Kinder (1 Mädchen 3 Knaben) entsprachen ihrer Entwickelung nach 7 monatlichen Früchten (Grösse 31—34 Cm. Gewicht 3—$3^1/_2$). Jede Frucht hatte besondere Eihäute und eine eigene Placenta. Das Mädchen lebte 5 Tage, die Knaben je 1 Tag. Die Mutter machte ein normales Puerperium durch.

Dobbert.

Medicinskoje Obosrenje. № 21 u. 22.

M. Stukowenkow: «Ein Versuch zur Feststellung der Principien der Quecksilbercur bei Syphilis». (№ 21).

Im Verlaufe der letzten 10 Jahre wurden auf der dermatologischen Klinik des Prof. Stukowenkow Harnuntersuchungen bei allen Syphilitikern angestellt, ebenso auch Untersuchungen des Blutes und die Resultate der Beobachtungen waren dann maassgebend für die Therapie. Es galt jedes Mal zu bestimmen a) die Menge des Hg. im Blute 2) die Intensität, mit welcher das Hg. in's Blut gelangt 3) wie lange Zeit Hg. im Blute verbleibt. Auf Grund dieser Bestimmungen liess sich Folgendes feststellen 1) Das Hg. wirkt auf den Organismus ausschliesslich vom Blute aus, ganz unabhängig von der Einfuhrstelle. 2) Die Wirkung des Hg. ist eine doppelte: günstige (therapeutische) und ungünstige (toxische); im ersten Falle entzieht es der Syphilis den geeigneten Boden, im zweiten Falle begünstigt das Hg. die Entwickelung der Lues. 3) Die Schnelligkeit und Intensität, mit der das Hg. in's Blut gelangt hängt hauptsächlich abgesehen von der Quantität, von der Methode der Einführung, der chemischen Formel des Praeparates und auch namentlich von der Individualität ab. 4) Die Intensität, mit welcher das Hg. in's Blut gelangt, ist für den therapeutischen Effect maassgebend: je rascher das Hg. in's Blut gelangt, um so intensiver die Behandlung. 5) Das Vorhandensein von grossen Mengen Quecksilbers im Blute nach Beseitigung der syphilitischen Krankheitssymptome und das weitere Anwachsen der Hg-menge wirkt auf den Organismus toxisch, bereitet den Boden für Entwicklung schwerer Syphiliserscheinungen vor. 6) Das in's Blut gelangte Quecksilber beginnt sofort sich wieder auszuscheiden im Urin; die Hg-quantität im Harn und die Zeit des Erscheinens desselben im Harn hängen, ausser von der Quantität des eingeführten Hg., auch von der Applicationsmethode, dann von der chemischen Constitution des Präparates und von der Individualität ab. 7) Uebersteigt die tägliche Hg-menge des Harns eine gewisse Grenze, so tritt die ungünstige Beeinflussung des Organismus auf. Diese sog. therapeutische Grenze beträgt ungefähr 4—6 millgrm. (skalometrische Bestimmung). 8) Bei Einführung des Hg. und seiner Salze in die Gewebe, sei es durch die Injections- oder Frictionsmethode bilden sich an der Einfuhrstelle primäre Depots, deren Fähigkeit das Hg. abzugeben sehr verschieden ist.

Die Versuche mit den verschiedenen Hg-präparaten ergaben das Resultat, dass am langsamsten das Hg. in's Blut gelangt aus einem Quecksilberöl-Depot (ol. cinereum): während Calomel in Dosen von 0,12—0,18 injicirt wird und nur 0,24—0,5 für die ganze Behandlungszeit gebraucht werden, gelbes Quecksilberoxyd in Dosen bis 0,12 verwendet wird, ist vom Ol. cinereum 0,18—0,24 erforderlich und für den ganzen Curs bis 1,0 metallischen Hg.'s. Bei Behandlung mit dem Oel kommt es nun vor, dass nach Entlassung der Patienten noch Hg-mengen resorbirt werden sich im Blute anhäufen, und auf diese Weise kann die toxische Wirkung leicht eintreten. Als am geeignetsten zur Syphilisbehandlung hält Verf. das Hydrargyrum benzoicum.

G. Rossolimo: «Ein individueller Dynamometer». (№ 21).

Mit den bekannten Dynamometern von Mathieu, Burg etc. ist es recht schwer absolute Zahlen zu erhalten, weil die Apparate eine constante Grösse haben und deshalb nicht gleich bequem in der Hand zu halten sind; infolge dessen liess R. ein Dynamometer herstellen, in welchem die Entfernung zwischen den beiden parallelen Plättchen der Feder vergrössert und verkleinert werden kann, je nach der Grösse der Handfläche des zu untersuchenden Patienten. Näheres ist im Original nachzulesen; daselbst befinden sich auch 2 Abbildungen, die die Vorzüge dieses Dynamometers illustriren.

W. Tipjakow: «Zur Casuistik der Echinokokkenerkrankung: zerstreute Eckinokokkenblasen in der Bauchhöhle und Leberechinokokkus». (№ 22).

J. Zarukow: «2 Fälle von Echinokokkus des Halses und 1 Fall von Echinokokkus der Brustdrüse». (№ 22).

Casuistischer Beitrag.

T. Krassnobajew: «Ascariden in der Leber eines Kindes». (№ 22).

Bei der Section eines $1^1/_2$-jährigen Kindes fand K. eine Masse von Ascariden im Darmcanal; ein Wurm befand sich im ductus choledochus, ein anderer in der Gallenblase, einige in ductus hepaticus; im linken Leberlappen in der Nähe der oberen Fläche war ein kleiner Gallengang bis zu Kleinfingerdicke erweitert und enthielt 3 Ascariden. Im rechten Leberlappen fanden sich 3 solche dilatirte Gänge, gefüllt mit Ascariden. Es war anzunehmen, dass noch viele solche Cavernen bestanden, doch wollte Verf. das Präparat schonen und schnitt deshalb die Leber weiter nicht auf. Zu Lebzeiten waren keine Symptome vorhanden, die auf diesen Befund etwa hindeuten konnten.

Shbanow: «2 Fälle von Drüsenfieber». (№ 22).

Abelmann.

Chirurgitscheskaja Ljetopissj

Band IV, Heft 5.

P. Tichow und D. Timofejew: «Multiple Neurome mit multiplem fibroma molluscum.»

Der sehr interessante, äusserst complicirte, genau beschriebene Fall aus der Klinik von Prof. Rasumowski in Kasan lässt sich nicht kurz wiedergeben. Dem in der Ueberschrift Gesagten ist noch hinzuzufügen, dass der linke N. tibialis posticus zum Ausgangspunkt eines Myxosarcoms wurde, das nach mehrfachen Operationen zum Tode führte. Interessenten mögen den Fall im Original nachlesen.

W. A. Dubrowin: «Zur Frage der combinirten Bromäthyl-Chloroformnarkose.»

Die Arbeit ist auf Anregung von Prof. Djakonow geschrieben. Die Methode der Narkotisirung ist folgende. Inhalation von einigen Tropfen Bromäthyl, bis die Schleimhaut der Athemwege tolerant geworden ist, dann festes Aufdrücken der ganz mit Bromäthyl getränkten Maske (im Durchschnitt 7,0 Grm.) auf das Gesicht; nach Aufhebung der Schmerzempfindung und des Bewustseins (nach c. 1 Minute) wird noch einmal dieselbe Dosis aufgegossen und dann mit Chloroform in kleinen Mengen weiter narkotisirt. Die Vorzüge dieser Methode sind nach D., der das Bromäthyl trotz der relativ zahlreichen bekannt gewordenen Todesfälle für ungefährlich hält, — schneller Eintritt der Narkose, geringerer Chloroformgebrauch, seltenes Auftreten von Excitation und Erbrechen. Unangenehm sind: der später bemerkbare Knoblauchgeruch der Exspirationsluft und Verdauungsstörungen. Die Contraindicationen sind im Ganzen dieselben wie für das Chloroform, nur kann man mit der gemischten Narkose etwas dreister und freigebiger sein. Die Zahlenangaben sind folgende. Bromäthyl wurde in 180 Fällen gebraucht, 28 Mal allein (bei kleinen Eingriffen) 152 Mal in der oben erwähnten Weise mit Chloroform combinirt. 35 Fälle schliesst D. von diesen letzten aus der Rechnung aus, theils wegen ungenauer Registrirung, theils weil die Narkosen nicht in typischer Weise durchgeführt wurden. Bleiben somit 117 Fälle gemischter Narkose. 2 Mal wurde Asphyxie beobachtet, 4 Mal wurden wegen Sinken der Herzthätigkeit Kochsalzinfusionen gemacht, kein Todesfall. Die üblen Zufälle waren meist auf Rechnung der Schwäche der Pat. oder der Schwere des Eingriffs zu setzen. (Ref. kann dem Verf. nur zustimmen, wenn er das Zahlenmaterial als unzureichend ansieht und sich mehr auf den subjectiven günstigen Eindruck der gemischten Bromäthyl-Chloroformnarkose beruft; Verf. wird es denn aber auch nicht verübeln dürfen, wenn fremde Leser sich weniger auf diesen, jetzt übrigens häufiger beliebten, «subjectiven Eindruck» verlassen und die Häufigkeit der Asphyxie und Herzschwäche nicht als Zufall betrachten, wie Verf. es thut).

J. J. Krawtschenko: «Ueber Makroglossie.»

2 Fälle aus der Charkowschen Klinik des Prof. Grube. Der eine Fall betraf ein 17-jähriges sonst gesundes Mädchen und sollte nach der Durchschneidung des Zungenbändchens im Säuglingsalter enstanden sein. Es lag keine Hypertrophie der Zungenmusculatur vor. Der 2 Fall war angeboren, bei einem 4-jährigen Mädchen, und bot das gewöhnliche Bild des angeborenen Lymphangioms. Beide Fälle wurden durch Amputation geheilt. Auf Grund der Literaturangaben entwirft K. das klinische und anatomische Bild des Leidens.

Priv. Doc. K. Ssapeshko: «Zur Heilung der Harnröhrendefecte durch Schleimhauttransplantation.»

Fall I. Bei einem 40-jährigen Mann war aus unbestimmter Ursache die Harnröhre in einer Ausdehnung von 7—8 Cm. vom Beginn der Pars pendula bis zum Beginn der Pars bulbosa zu Grunde gegangen. Der Urin entleerte sich durch eine Fistel am Scrotum. Nach Halbirung des Scrotum wird ein von der Unterlippe und Wange genommener Schleimhautlappen von 8 Cm. Länge und 2 Cm. Breite an die angefrischten Ränder der Harnröhre und an den Grund der Wunde angenäht. Die Wunde wird zunächst tamponirt und am 19. Tage nach Anheilung des Schleimhautlappens durch Etagennähte geschlossen. Nach 2 Jahren wird der Urin in dünnem Strahl (der Schleimhautlappen hätte mindestens 3 Cm. breit sein sollen) ohne Beschwerden auf normalem Wege entleert.

Fall II. Ein 13-jähriger Knabe war mit dem Damm auf einen Baumast gefallen, das Resultat war eine Urinfistel, die sich in der Leiste öffnete und ein 4 Cm langer Harnröhrendefect an der Unterfläche der Symphysis pubis. Operation analog der vorigen. Der von der Unterlippe und Wange genommene Schleimhautlappen war 4 Cm. lang und 3 Cm. breit und kam auf das Periost der Symphyse zu liegen. Heilung mit ganz kleiner Fistel, die 2—3 Tropfen Urin durchlässt. im übrigen schöner breiter Harnstrahl.

Fall III. Ein 42-jähriger Officier hatte durch einen phagädänischen Schanker die Haut und Harnröhre von der Glans penis bis zum Scrotum verloren; die Partie bestand aus Narbe. Der erste Versuch den Defect zu ersetzen scheiterte an dem unzweckmässigen Verhalten des Pat. Daher wurde in einer zweiten Sitzung die Urethrotomia externa zur Fernhaltung des Urins von der Wunde gemacht und in einer Sitzung die aus einem der Oberlippe und Wange entnommenen Schleimhautlappen gebildete neue Harnröhre an die corpora cavernosa und die angefrischten Enden des zurückgebliebenen Harnröhrenrestes angenäht, das Ganze mit einem Scrotallappen gedeckt. Nach einem Jahr vorzügliche Harnentleerung per viam naturalem, bei der Erection krümmt sich das Glied leicht nach unten. Als Pat. bald darauf einem Lungenleiden erlag, konnte die vollkommene Adaption der transplantirten Schleimhaut an ihre neue Aufgabe auch bei der Section gesehen werden.

Ein IV. Fall von Plastik misslang infolge hohen Alters des Patienten und der narbigen Beschaffenheit und schlechten Ernährung der ganzen Damm- und Scrotalgegend.

Privat. Doc. N. M. Wolkowitsch Osteoplastische Resection des Fusses mit einem ernährenden Sohlenlappen.

2 Fälle von Tuberculose des Tarsus. Im ersten Fall wurden die Metatarsalknochen in ihrer Basis und die vorderen Gelenkenden des Talus und Calcaneus vertical durchsägt, alle zwischenliegenden Knochen und die miterkrankten Weichtheile des Fussrückens entfernt, die Sägeflächen der Knochen durch Weichtheilnaht und Verband an einanderfixirt. Im andern Fall gingen die Sägeschnitte schräg nach unten hinten durch die Keilbeine, dann horizontal durch das os cuboideum und Calcaneus; die Unterschenkelknochen wurden in ihrem hintern Theil horizontal, in ihrem vordern Theil schräg von vorn oben nach unten durchsägt, der Talus extirpirt, ebenso auch hier die erkrankten Weichtheile des Fussrückens. Auch hier adaptirten sich die Knochen gut. Knöcherne Vereinigung trat nicht ein; das functionelle Resultat in beiden Fällen sehr befriedigend.

Klinische Beobachtungen.

W. Serenin: «Ein Fall von Parese der unteren Extremität in Folge von überstandener Osteomyelitis und durch die letztere bedingte parenchymatöse Neuritis».

Peroneuslähmung nach expectativ (mit Eröffnung von Weichtheilabscessen) behandelter acuter Osteomyelitis der gleichseitigen Tibia. (Die Parallele mit den diphteritischen Lähmungen scheint Ref. sehr schwach begründet zu sein).

Derselbe. Laparotomie wegen Blutung aus der Bauchhöhle in Folge von Verletzung der Leber und des Netzes durch Schnitt.

Die oberflächliche Wunde am linken Leberlappen liess sich leicht durch Compression stillen.

S. Fedorow: «Ein Fall von Entblössung der Hoden und des Penis».

Die Haut war durch eine Phlegmone nekrotisch zu Grunde gegangen. Deckung der Hoden durch Hautlappen von der Innenfläche der Oberschenkel; auf den Defect an der untern Seite des Penis Transplantation nach Thiersch.

F. Bereskin: «Hypertrophie der Prostata, geheilt durch Castration».

Der Effect der von Ramm vorgeschlagenen Operation war bei dem von B. beobachteten 70-jähr. Patienten ebenso gut wie in den wenigen andern bisher mitgetheilten Fällen.

Wanach.

Westnik oftalmologii. November — December. 1894.

A. Tepljaschin: «Zur pathologischen Anatomie der angeborenen Trübungen der Hornhaut». Aus dem Laboratorium des Docenten der Tschechischen Universität Prag, Mitralsky.

Die Präparate entstammten einem Neugeborenen, welches am 3. Tage in Folge einer Lungenerkrankung verstarb. Ausser den trüben Hornhäuten fand sich nichts Anormales. Keinerlei Ausschlag. Das Kind wurde zur normalen Zeit geboren, die Eltern waren gesund und angeblich nicht luetisch. Augapfel wie Hornhaut von normaler Grösse.

Rechtes Auge: Auf Schnitten, welche die Hornhaut senkrecht zu deren Dicke durchsetzten, fanden sich in der Nähe des Scleralbordes — in den mittleren Schichten spärliche Blutgefässe. Im Centrum der Hornhaut treten, in den vorderen und mittleren Schichten der substantiae propriae corneae. zellige Elemente auf. In den tiefsten hinteren Schichten werden diese zelligen Elemente zahlreicher und zeigen längliche ovale Kerne. Runde Kerne fanden sich selten. Stellenweise fanden sich noch Kerne auf den Wänden der Saftkanälchen, oder in Letzteren; auch Zellen mit Doppelkernen fanden sich. Die descemetische Haut war schwer zu erkennen. Auf der Seite der vorderen Kammer lagen der Endotelschicht runde Zellen an. Eben solche runde Zellen nebst Fibringerinseln fanden sich in der vorderen Kammer.

Linkes Auge: Die zellige Infiltration sitzt niedriger als das Centrum der Cornea; die Infiltration ist schwächer als auf dem rechten Auge. Vascularisation der Hornhaut fehlt links vollständig. In der vorderen Kammer findet sich ein Exsudat auf der Endotelschicht.

Auf beiden Augen fand sich die Iris, Corpus Ciliare, Chorioidea ebenfalls zellig infiltrirt.

Dieses in Kürze das Gesammtresultat der Untersuchung. Die genauen Beschreibungen der microscopischen Befunde für die einzelnen untersuchten Theile müssen nachgelesen werden.

S. L. Segal in Nowotscherkask. «Zur Frage von der Amblyopie ex anopsia».

Frau von 36 Jahren Erblindete im 14. Lebensjahre in Folge von Cataractbildung auf beiden Augen. Beide Staare wurden mit der Kapsel entfernt. Beide Linsen waren theilweise verkalkt. Am 10. Tage nach der Operation war die Sehschärfe rechts mit + 13 D, links mit + 8 D = 1. Nystagmus der vor der Operation bestand, war geschwunden.

E. Tarnowsky in Kiew. «Zur Casuistik der Sehnervencolobome».

Ein 24 jähriger Artillerist. Das linke Auge ist kleiner als das rechte und schielt nach aussen. Seit frühester Kindheit hat er mit dem Auge Nichts gesehen. Schädel wie Gesicht sind asymetrisch. Der Augenspiegelbefund wird durch eine Skizze veranschaulicht. Ueber die Sehschärfe ist nichts gesagt. — Wie hat der Mann in Dienst gestellt werden dürfen?

A. Gurfinkel: «Ein Fall von Selbstheilung einer Netzhautablösung».

Mann von 40 Jahren. Links Atrophia bulbi. Rechts an drei Stellen des Hornhautrandes Intercolarstaphylome. Hornhautoberfläche wellig. Atrophe Iris, deren periphere Theile in die Kammer vorgewölbt sind. Pupillarabschluss. Augendruck erhöht. Visus = $^1/_{10}$. 1891 wurde der Mann in Kiew iridectomirt. Chorio-retinitis posterior et disseminata. Visus fast $^2/_{10}$. Am 14. Juli 1891 fand sich auf diesem Auge in der unteren Hälfte eine grosse Netzhautablösung. Visus = Finger in 0,5 M. Jede Behandlung erwies sich erfolglos. Nach 8 Monaten begegnet G. dem Patienten zufällig auf der Strasse und bei der Arbeit. Patient gab an, seit 6 Monaten wiederum leidlich gut zu sehen. Eine spätere Untersuchung constatirte das Fehlen jeder Ablösung bei Visus = $^1/_{20}$. Patient hatte nichts gebraucht. Am 22. September 1894 war das Sehvermögen noch unverändert.

J. Dedurin in Wjatka: «Bericht über die Augenkranken des Sjumskinschen Hospitals für die Zeit vom Januar 1889 bis Januar 1894.

Die Bevölkerung ist theils russisch (24,588) theils Botjaken (23,209). Unter 39,300 Kranken gab es 4870 Augenkranke. Trachom 26 pCt.; häufiger unter den Botjaken als unter den Russen. Glaucom 17 Fälle. Linsenerkrankungen 77 Patienten. Trichiasis et Distichiasis, Entropium 493 Fälle. Myopie wurde nur 6 Mal constatirt.

G-n.

Eshjenedelnik. № 23—45.

M. Sjirmunsky: «Ueber die Menière'sche Krankheit». Nr. 23.

Zwei Formen unterscheidet Verf.: 1) die primäre oder apoplectische und 2) die secundäre Form. Die erste ist charakterisirt durch vorübergehenden Bewusstseinsverlust, Erbrechen, wankenden Gang, abgeschwächte oder aufgehobene Gehörsempfindung, Schwindel, ohne dass sich pathologisch-anatomisch auf dem Trommelfell, der tuba Eustachii etc. Veränderungen nachweisen lassen. Der secundären Form gehen chronisch entzündliche Processe voran im Trommelfell und Labyrinth. Vertigo Menieri tritt auch unabhängig von Erkrankungen des Gehörorganes bei Erkrankungen des Kleinhirns auf. Zwei Fälle werden beschrieben, wo mit einem Schlage die oben geschilderten Symptome auftraten, ohne dass sich objectiv Veränderungen im Ohr nachweisen liessen. Nach Chinin-Behandlung trat Besserung ein. Zwei andere Fälle sind zur Illustration der secundären Form beschrieben.

J. Stein: «Die Rose und die Behandlung derselben». Nr. 24.

Ausser Collodiumpinselungen um die Peripherie einer erysipelatösen Röthe, wurden am meisten 1‰ Sublimat-Lanolineinreibungen angewandt oder mit noch besserem Erfolge beides combinirt. Die Einreibungen wurden von der Peripherie der Extremität zum Centrum gemacht. Hierbei soll gerade die Massage von wohlthätiger Wirkung sein, so dass Verf. den Rath giebt, diese allein ohne Anwendung von Medicamenten versuchsweise anzuwenden.

R. Resnikow: «Atrophia hepatis acuta flava». (Nr. 25.)

Ein 18-jähriges Mädchen erkrankte mit Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen, Icterus und Palpitation des Herzens; bald gesellte sich ein leicht comatöser Zustand und Verkleinerung der Leberdämpfung, die ziemlich rasch vor sich ging; zuletzt tiefes Coma, hohe Temperatur und Tod unter den Erscheinungen des Cheyne-Stokes'schen Athmens. Pat. hatte beim Beginn der Erkrankung im Laufe von zwei Wochen 72 Pulver Calomel à 0,06 erhalten. Verfasser wirft die Frage auf, ob der fortgesetzte Gebrauch dieses Mittels nicht von schädlichem Einfluss gewesen. Ein aetiologisches Moment liess sich nicht nachweisen.

J. Mitropolsky: «Diagnostische Bemerkungen eines alten Praktikers». (Nr. 25.)

Einige praktische Bemerkungen über die frühzeitige Erkennung der Infiltration der Lungenspitzen, des Intermittens, des Scharlachs und der nächtlichen Krämpfe bei Hysterischen.

D. Ott: «Ueber die Radicalheilung der Fibromyome des uterus». (Nr. 26.)

Der supravaginalen Amputation giebt Verfasser vor der Totalexstirpation per laparotomiam den Vorzug. Vor Eröffnung der Bauchhöhle wird das Uteruscavum mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, mit Sublimatlösung ausgespült und der Uteruscanal, soweit es geht, mit dem Paquelin angeätzt. Die Vagina wird mit Jodoformgaze ausgestopft, Bauchschnitt, Unterbindung der Ligamente beiderseits, Amputation des Uterus nach Anlegung eines Schlauches, Aetzung der Uterusschleimhaut auf dem Durchschnitt mit dem Paquelin, Anlegung zweier Nähte durch die ganze Dicke des Stumpfes dicht unter der Schnittfläche, die Nadel nahe am Cervicalcanal vorbeiführend; in der Art wird eine Naht um den rechten, eine um den linken Abschnitt des Stumpfes gelegt. Auf diese Weise wird der Cervicalcanal nicht zugeschnürt und bleibt für den Abfluss von Secreten offen. Zur Sicherheit können noch zwei Nähte, eine den vorderen, die andere den hinteren Abschnitt umfassend, die durch die beiden ersten Nähte nicht ligirt sind, angelegt werden. Durch den Cervicalcanal wird ein Jodoformdocht durchgeführt, der Stumpf versenkt. Nach 4—5 Tagen wird der Jodoformdocht entfernt. Die Vorzüge dieses Verfahrens bestehen in der kurzen Dauer der Operation, der radicalen Desinfection des ganzen Uteruscanales (nicht allein des oberen Abschnittes) und sicheren Blutstillung. Unter 24 auf diese Weise Operirten starb eine Patientin.

W. Poteenko: «Beobachtung über die Wirkung des Scopolamin. hydrobromic. auf das gesunde und kranke Auge». (Nr. 27.)

Scopolamin ruft in stärkerer Concentration (0,03 : 10,0) eine Allgemeinwirkung (Schwindel, taumelnder Gang, Somnolenz) hervor, in schwächerer (0,01 : 10,0) wirkt es schmerzstillend und ist ein treffliches Mydriaticum. Die Dauer der Einwirkung ist geringer als bei Atropin, der Eintritt der Wirkung aber ein schleunigerer. Eserin wirkt auf ein atropinisirtes Auge schwächer, als auf ein mit S. behandeltes Auge.

W. Owtschininsky: «Zur Frage über die zeitgemässe Behandlung der Otorrhoe. Trepanation bei chronischer eitriger Mittelohrentzündung». (Nr. 28.)

Besprechung und Anweisung der in neuester Zeit angewandten Lösungen zum Spülen, Eintröpfeln, etc. bei Otitis media.

N. Ljwow: «Stenosis orificii externi cervicis und die Behandlung derselben mittelst vereinfachter Methode nach Borissowicz». (Nr. 29 und 30.)

Besprechung der anatomischen Veränderungen und der begleitenden Symptome. Mehr als 50 Mal hat L. bei Verenge-

rung des orificium extern. discidirt. Im Allgemeinen ist L. mit dem Erfolg zufrieden, doch hat er auch Misserfolge zu verzeichnen. Diese bestehen bei ungenügender Discision in Verklebung und Verheilung derart, dass kein Effect vorhanden ist oder bei ausgiebigerer Spaltung in der Neigung zur Ectropiumbildung. In letzter Zeit übt Verf. das von Borissowicz angegebene Verfahren in einer von ihm, dem Verf. modificirten Weise: Eine stark gebogene mit Seidenfaden bewaffnete Nadel wird 1—1½ Ctm. über dem ostium ext. beiderseits in die Substanz der portio vagin. eingeführt. Die Nadel wird bis zum Cervicalcanal ein — und dann herausgeführt. Die Fäden werden geknotet. Nach 9—12 Tagen fallen die Nähte ab, das abgeschnürte Gewebe obliterirt und es bleibt eine spaltförmige, genügend breite Oeffnung nach.

W. Kapljansky: «Zur Frage über die Assainirung St. Petersburgs». (Nr. 31.)

E. Arnould: «Das Zittern, ein Symptom bei Erkrankungen des Nervensystems». (Nr. 32.)

Das Zittern wird beobachtet bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks, Neurosen, Vergiftungen und Infectionskrankheiten. Die verschiedenen Arten des Zitterns bei dieser oder jener Erkrankung werden näher beschrieben.

A. Süsskand: «Myotonia congenita (Thomsen'sche Krankheit». (Nr. 33.)

Das im Vordergrund stehende Symptom ist der Spasmus in den Muskeln beim Beginne jeder activen Bewegung. Die Muskulatur der unteren Extremität ist immer ergriffen, in schweren Fällen auch die Hals- und Gesichtsmuskeln, ja die Pharynx- und Augenmuskeln. Die Muskeln sind übermässig stark entwickelt, doch ist die Muskelkraft nicht dementsprechend erhöht. Die elektrische Erregbarkeit der Nerven ist öfters, die der Muskeln immer verändert. Die Pathogenese der Thomsen-schen Krankheit ist dunkel.

J. Eiger: «Die Milchcur». (Nr. 34.)

Die Milch wirkt leicht diuretisch, wahrscheinlich bedingt dieses der Milchzuckergehalt. Auf den Magen-Darmcanal wirkt Milchgenuss beruhigend. Die Fäulnissprocesse im Darm werden vermindert, der Stoffwechsel wird erhöht.

J. Eiger: «Indication zur Milchnahrung bei verschiedenen Krankheiten». (Nr. 35.)

Die in Betracht kommenden Erkrankungen des Magen-Darmtractus, der Leber, Niere, des Herzens etc. werden besprochen.

J. Ljwow: «Migränin-Höchst bei Migraene und Dysmenorrhoe». (Nr. 36.)

L. hat bei 24 Fällen von Migräne und 8 Fällen von Dysmenorrhoe die Erfahrung gemacht, dass Migränin 1) im Vergleich zu Phenac. und Antipyr. langsamer, aber sicherer wirkt, 2) keine Wirkung auf das Herz hat 3) der Magen dieses Mittel gut verträgt. Verf. empfiehlt sehr die Anwendung dieses Mittels bei Dysmenorrhoe.

J. Günzburg: «Ueber die Behandlung der Diphtherie». (N. 36.)

G. hat alle empfohlenen Mittel durchversucht, am häufigsten hat er Acid. carbol. zu Pinselungen angewandt. Empfehlenswerth ist die Verabfolgung von heisser Milch und die Einathmung heisser Dämpfe.

W. Lunz: «Chloroform und Aether». (Nr. 37.)

Beschreibung der Aethernarcose. Methoden derselben und der Verlauf einer solchen. Das pro und contra für jedes der beiden Narcotica wird besprochen und die statistischen Verhältnisse gestreift.

M. Schiperowitsch: «Einfluss einer Mischinfection auf den Verlauf der Grundinfection» (Nr. 38.)

In zwei Fällen trat zu einer stattgehabten Infection eine zweite: das eine Mal trat zu einem Typhus in stadio fastigii, das andere zu einer Diphtheritis Masern hinzu. Mit dem Auftreten dieser fiel eine jähe Veränderung zum Besseren zusammen. Verf. spricht die Vermuthung aus, dass das Gift der einen Bacterienspecies das der anderen abschwächt oder neutralisirt und auf diese Weise den Krankheitsverlauf beeinflusst.

D. Gorochow: «Aneurysma art. carotis extern». (Nr. 39.)

Bei einem 60-jährigen Mann mit einem cor bovinum fand sich auf der rechten und theilweise vorderen Partie des Halses eine pulsirende Geschwulst; beide Herztöne durch Geräusche ersetzt.

D. Gorochow: «Zur Casuistik der Fremdkörper in den Verdauungsorganen». (Nr. 39.)

Ein Kind verschluckte eine Münze im Durchmesser von 1,7 Ctm. welche nach einigen Tagen per anum abging.

A. Senkow: «Schwangerschaft und Geburt bei erhaltenem hymen». (Nr. 39.)

A. Okintschitz: «Einige Bemerkungen in Betreff der Arbeit von J. Bloch: «Ueber die Anwendung starker Digitalisinfuse bei Lungenerkrankungen» wie überhaupt über eine derartige Behandlung». (Nr. 40.)

Die schablonenhafte Anwendung der Digitalis bei croupöser Lungenentzündung entbehrt der wissenschaftlichen Begründung. O. polemisirt gegen die Bloch'sche Schrift.

W. Koschucharew: «Pellagra» (Nr. 41.)

Die Krankheit wird in Bessarabien im Frühling und Sommer beobachtet, gegen den Winter schwindet dieselbe. Als Prodromi erscheinen Kopfschmerzen, Schwindel, Gliederschmerzen, nicht selten Durchfälle. Nach 2—4 Wochen Röthung und Schwellung der Hand und Fussgelenke, nach Abschuppung der Epidermis braunrothe Färbung der Haut. Das Erythem und die Pigmentation auf den Extremitäten schreiten fort, sich von den nicht befallenen Theilen durch eine Demarcationszone abgrenzend. Später zeigen sich erhöhte Kniereflexe, Krämpfe und Contracturen, psychische Störungen, besonders Melancholie, als Endstadium beobachtet man oft einen kachectischen Zustand. In 6 Jahren hat Verfasser in seinem Kreise 530 Pellagriner beobachtet.

S. Warschawsky: «Ueber die specifische causale Methode der Behandlung in der modernen Therapie der Infections- und einiger anderer Krankheiten». (Nr. 42.)

Eine auf Microbeneinwanderung beruhende Erkrankung kann durch Einverleibung abgeschwächter Culturen etc. derselben Species geheilt werden. Die Serumtherapie, das Koch'sche Tuberculin die Behandlung des Myxoedems mit Thyreoidea-Extract etc. finden kurze Erwähnung.

J. Stein: «Zur Casuistik der Mischinfection. Ein Fall von Keuchhusten mit Scharlach combinirt». (Nr. 43.)

Ein 15-jähriger Junge erkrankte im Stadium decrementi an Scharlach, der Keuchhusten nahm zu. Dieses erklärt sich Verf. auf die Weise, dass die scarlatinöse Infection die Bildung des Antitoxins im Körper, welches das Toxin paralysiren sollte und durch die Lebensthätigkeit des Keuchhustenerregers bereitet wurde, herabsetzte.

W. Schtscherbinsky: «Zur Casuistik der Fremdkörper im Darm». (Nr. 43.)

Ein 4,5 Cm. langer verschluckter Nagel rief heftige Localerscheinungen, Fieber und Delirien hervor, die mit der Entfernung des Fremdkörpers per anum aufhörten.

P. Latschilow: «Zur Frage über die Anwendung des Tolysals bei veraltetem Gelenkrheumatismus». (Nr. 43).

Tolysal in Dosen von 1,0 und 6,0 pro die sind bei veraltetem Gelenkrheumatismus öfters mit Erfolg anwendbar.

J. Eiger: «Behandlung der Diphtherie mit Blutserum». (Nr. 44 u. 45.)

Verfasser bringt eine zusammenfassende Darstellung der bisherigen Leistungen auf diesem Gebiete, beginnend ab ovo mit der geschichtlichen Entwickelung dieser Frage und die Herstellungsmethode und Anwendungsweise, sowie die Erfolge besprechend.

Lingen.

Дозв. ценз. Спб. 21 Января 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 2. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1895.

Wratsch. № 41—44. 1894.

W. Schendrikowsky und J. Dombrowsky: «Ueber den Einfluss des Cognac auf die Assimilirung des N und der Fette und den Stoffwechsel bei Milchdiät bei gesunden Menschen.» Vorl. Mitth. (№ 41).

Das Resultat der Arbeit lässt sich in Folgendem zusammenfassen: Das Körpergewicht nimmt zu, der Procentsatz der N—Assimilirung und des N—Umsatzes, sowie das Verhältniss des neutrales S zu dem sauren im Harn ist herabgesetzt; die Fettresorption und der Wasserverlust durch Lungen und Hau: ist erhöht, ebenso das Verhältniss der ausgeschiedenen Wassermenge zur eingeführten.

N. Andogsky: «Die Anwendung des Formaldehyds zur Aufbewahrung von Leichenaugen und die Benutzung derselben zu practischen Uebungen am Phantom.»

Da sich bei Benutzung der gebräuchlichen 1% Lösung die Augenmedien trüben. benutzt Verf. zur Aufbewahrung von Augen, die einer Leiche entnommen sind, eine 0,05—0,1% Lösung, die dem Zwecke vollkommen entspricht.

R. Wreden: «Ein Fall von eitriger Bronchitis, die in 4 Tagen durch Creosot geheilt wurde.» (№ 41).

Creosot 1,0 mit Ol. provinc. 14,0 wurde subcutan verordnet, am ersten Tage 1,5, am zweiten 3,0, am dritten Tage 4,5, am vierten schliesslich 6,0.

M. Kapustin: «Die in den Poren einer Wand enthaltene Luft und die Bedeutung derselben für die Wohnungshygieine» (№ 42).

Die Untersuchungen wurden im Kasanschen Universitätsgebäude und im hygieinischen Institut zu München angestellt. In einer Tiefe von 25 Cm. der Aussenwand ist die Temperatur ziemlich constant, der Temperaturwechsel der Aussenluft ist erst nach 24 Stunden nachweisbar. Nach der Formel. $x = \frac{t-(t-T)-n}{m}$ lässt sich die Temperatur einer gewissen Tiefe der Wand berechnen, wobei n die Tiefe der Wand, t die mittlere Temperatur aus 5 Tagesbeobachtungen an der Innenfläche der Wand, T die mittlere Temp. an der Aussenwand und m die Dicke der Wand in Centm. bezeichnet. Fs folgen die Untersuchungen der CO_2, des Feuchtigkeitsgehaltes, des O-gehaltes der Zimmerluft und der Luft in den Poren der Wand in verschiedener Tiefe.

N. Andogsky: «Ueber die operative Behandlung des Xerophthalmus» (№ 43).

A. operirte 5 Fälle nach einer von Rudin angegebenen Methode. Diese besteht in einer Verengerung der Lidspalte. Da bei der Xerosis gewöhnlich nicht alle Drüsen atrophiren, kann man hoffen, dass die durch die Lidspaltenverengerung verkleinerte. Bulbusfläche noch genügend befeuchtet wird. Der in der Mitte der Hornhaut gelassene Spalt ermöglicht wenigstens die Orientirung im Raum, manches Mal noch mehr, die Hornhaut hellt sich auf. In zwei Fällen war das Resultat ein gutes, in zwei trat Besserung ein, im fünften besserte sich das Sehvermögen nicht. Als Bedingungen für die Vornahme der Operation werden hingestellt, dass der trachomatöse Process abgelaufen sein muss, dass die Xerosis corneae nicht complicirt ist mit schweren Veränderungen derselben im centralen Theil, dass die Xerosis nicht länger als 5—6 Jahre besteht.

W. Stadnitzky: «Zur Frage über den Einfluss des Chloroforms auf die Magenfunction bei gesunden Menschen.»

Vorl. Mittheil. (№ 43).

P. Messarosch: «Zur Frage über die morphologischen Veränderungen des Blutes bei gesunden Menschen unter dem Einfluss der künstlichen Erwärmung.» (№ 43).

Vorl. Mittheil.

Das Blut regenerirt sich unter dem Einfluss einer täglichen, einstündigen Erwärmung des Körpers. die Zahl der «jungen» Formelemente nimmt zu, die der reifen nimmt ab. Die morphologische Veränderung des Blutes wird beschleunigt, die Zahl der weissen Blutkörperchen nimmt zu. Eine sich stetig wiederholende, künstliche Erwärmung des Körpers schadet diesem.

M. Grünberg: «Durbruch einer eitrigen Pleuritis durch das Zwerchfell mit consecutivem Pneumothorax; Genesung. (№ 43 und 44.

Eine 20-jährige Kranke wies eine Hervorbuchtung der linken Brusthälfte, Dämpfung über derselben und eine fluctuirende Geschwulst von Faustgrösse in der linken Kreuzgegend auf. Temp. 39,7. Eröffnung der fluctuirenden Geschwulst, wobei 4 Liter stinkenden Eiters entleert wurden, gleich darauf drang mit hörbarem Geräusch Luft in den Pleuraraum durch die Perforationsöffnung des Zwerchfelles ein und man erhielt alle klinischen Zeichen eines Pneumothorax, die im Laufe eines Monates schwanden, so dass Pat. als genesen entlassen werden konnte.

G. Wlaew: «Bacteriologische Untersuchungen des Blutes Cholerakranker und die schädliche Wirkung desselben auf Thiere. (№ 40, 42 und 44).

Die Versuche wurden an Meerschweinchen, Tauben und Kaninchen angestellt. Es sollte ermittelt werden, ob das Blut eines an Cholera Gestorbenen Cholerabacillen oder Toxine enthält. W. unterband das Herz eines au Cholera gestorbenen und impfte das Blut auf Petrische Schalen. jedoch mit negativem Erfolg. Auch wurde das Blut Kaninchen, Tauben und Meerschweinchen in der Quantität von 10 Cbcm. injicirt, ohne dass diese irgend wie reagirten. Demnach gelangt Verf. auf Grund seiner Versuche zu dem Schluss. dass das Blut Cholerakranker keine infectiösen Bestandtheile enthält.

W. Grusdew: «Zur Frage über die Aetiologie des Hydramnius acutus, in Zusammenhang mit der Lehre von der Entstehung des Fruchtwassers überhaupt.» (№ 41—44).

Nach Durchmusterung der einschlägigen Literatur kommt Verf. zu dem Schluss, dass das Fruchtwasser seine Entstehung dem Transsudat aus dem Blut der Placentargefässe und der Harnabsonderung des Foetus verdankt. Hydramnion wird häufiger bei Mehrgebärenden vorgefunden, häufig giebt eine syphilitische Infection das aetiologische Moment, indem diese eine Lebercirrhose bedingt und damit Störungen im Kreislauf setzt.

Bei einer 27-jährigen Schwangeren im 6. Monat zeigte das Abdomen in Nabelhöhe eine Circumferenz von 97 Cm., Fluctuation und einen ballottirenden Körper, es bestanden Athemnoth und das Gefühl der Schwere im Leibe, Spuren von Eiweiss. Der Leibesumfang nahm im Laufe des nächsten Monates zu. Um die Mitte des 7. Schwangerschaftsmonates traten Wehen ein, Blasensprung und Entleerung von 7—8 Liter Fruchtwasser. Nach Abfluss der Flüssigkeit konnte Zwillingsschwangerschaft festgestellt werden, in geschiedenen Amnionsäcken. Die Eihäute waren verdickt und zeigten unter dem Mikroskop bindegewebige Hypertrophie und Schwellung der Chorionzotten. Das Fruchtwasser des einen Fruchteies reagirte alkalisch, war chocoladenbraun, spec. Gew.: 1010, Gehalt an Eiweiss 0,5‰, an Harnstoff 0,25‰. Das Fruchtwasser des anderen Fruchteies war klar das spec. Gew.: 1018, die Quantität betrug etwa 3/4 Liter. Die Nabelschnur des mit Hydramnion complicirten Zwillings war fecherartig durch 7 Gefässstränge mit der Placenta verbunden, war mehrfach torquirt und wies eine erhebliche Verengerung des Lumens auf. Diese hatte eine Stauung im Placentarkreislauf und die Ausschwitzung des Blutserums zur Folge und damit erklärt sich die Entstehung des Hydramnion.

S. Lewaschow: «Zur Behandlung der exsudativen Pleuritis. (№ 42 und 43).

Eine künstliche Entleerung des pleuritischen Exsudates gibt gute Resultate, wenn das Exsudat keinen eitrigen Charakter hat, die acuten Erscheinungen geschwunden sind und mit einem Mal kein zu grosses Quantum entleert wird. Werden diese Bedingungen ausser Acht gelassen, so stiftet man mit der Punction mehr Schaden als Nutzen; die entzündlichen Erscheinungen exacerbiren und das Exsudat gewinnt bald die früheren Dimensionen. L. injicirte, nachdem die Versuche an Thieren zur Zufriedenheit ausgefallen waren, eine dem entleerten pleuritischen Exsudat gleichwerthige Quantität physiologischer Kochsalzlösung in die Pleurahöhle. Dabei lassen sich die intrathoracalen Druckschwankungen auf ein Minimum reduciren, das Exsudat kann ohne Bedenken vollkommen entfernt werden und die dem entleerten Exsudat gleich nachgeschickte Kochsalzlösung übt einen antiphlogistischen, wohlthätigen Einfluss auf den entzündeten Pleuraüberzug aus. Als Beispiel kann folgende Krankengeschichte dienen: ein 23-jähriger Mann hatte

eine rechtsseitige serös-eitrige Pleuritis mit Fieber. Nach 5 wöchentlichem expectativem erfolglosem Verhalten wurden 320 Cbcm. durch den Dieulafoy'schen Apparat entleert. Da keine Besserung eintrat, wurde nach 11 Tagen eine physiologische Kochsalzlösung ungefähr in derselben Quantität (7 Umdrehungen des Dieulafoy'schen Apparates) injicirt. Das Fieber sank sehr bald darauf und die Kochsalzlösung wurde in kurzer Zeit vollkommen resorbirt. Es ist streng darauf zu achten, dass keine Luftblasen in die Thoraxhöhle gelangen. Verf. ist mit seinen Resultaten sehr zufrieden und empfiehlt seine Methoden der Nachahmung an.

G. Gabritschewsky: «Zwei Untersuchungsmethoden der Schallleitungsfähigkeit der Schädelknochen. (№ 42 und 43).

Polemik gegen Dr. Okunew, der über das gleiche Thema im Wratsch (№ 48 und 49, 1893) geschrieben.

N. Tschigaew: «Ein Apparat zur Bestimmung der Hautsensibilität.» (№ 44).

Die Veröffentlichung des Motschutkowsky'schen Apparates veranlasst Verf. auch den seinigen zu publiciren und näher zu beschreiben.

A. Alexeew: «Die russischen und ausländischen Mineralwässer in den letzten fünf Jahren. (№ 44).

In Russland gibt es 350 Mineralwässer und —bäder, die Frequenz jedoch ist eine sehr geringe, es gibt Bäder, die nur von 50 Badegästen in der ganzen Saison besucht werden. Die Schuld daran trägt die Unkenntniss der eigenen Landsleute und der Mangel an wissenschaftlichen Publicationen auf dem Gebiete der Balneologie. Lingen.

Medicinskoje Obosrenje. № 23 u. 24, 1894 und № 1, 1895.

A. Choschew: «Zur Casuistik der Werlhof'schen Krankheit.» (№ 23).

Verfasser beschreibt 2 Fälle von Morbus Werlhofii, die dadurch interessant sind, dass sie manche Besonderheiten darboten. In beiden Fällen bestanden neben Blutungen aus der Nase, auch Blutungen aus den Ohren, was nicht häufig beobachtet wird. Ferner entwickelte sich bei dem einen Patienten die Krankheit auf dem Boden von Malaria; bei dem anderen constatirte Ch. Milzschwellung und Vergrösserung aller Lymphdrüsen, so dass man an Leukaemie denken konnte, doch sprach dagegen der Blutbefund.

M. Aisenschtadt: «Ein Fall von Myxoedem, behandelt mit Thyreoidin.» (№ 23).

S. Jarussow: «Zur Frage von der Pathologie der Nieren bei Diabetes mellitus» (№ 23).

Verfasser hat in 4 Fällen von Diabetes mellitus eingehende mikroskopische Untersuchungen des Nierenparenchyms angestellt. Fall 1. Diabetes mellitus und Tuberkulosis pulmonum: auf Alkohol- und Osmiumpräparaten erscheint das ganze System der Harnkanälchen, sowie die Zwischensubstanz ohne irgend welche Veränderungen, auffallend war nur die sehr starke Anschoppung der Capillaren in den Malpigischen Knäulen und in der Umgebung der gewundenen Harnkanälchen. Fall 2. Diabetes mellitus, Auftreten der Eisenchlorid-Reaction, Pneumonia crouposa; als anormaler Befund ist notirt: hyaline (glycogene) Degeneration der einzelnen Epithelien in den aufsteigenden Schenkeln der Henle'schen Schleifen. Fall 3. Diabetes melitus, chronische interstitielle Nephritis auf arteriosklerotischer Basis, Lungenemphysem, Tod im Coma. Mikroskopischer Befund: Verödung von zahlreichen Glomerulis, hyaline (glycogene Degeneration der Epithelien der Henle'schen Schleifen, Schwellung der degenerirten Zellen; in einzelnen Canälchen, nam. in den gewundenen Parthien Nekrose der Epithelien Fall 4. Diabetes mellitus. Eisenchloridreaction. Tod im comatösen Stadium. Die Osmiumpräparate zeigen folgende Veränderungen: die mit hohem kernigem Epithel ausgekleideten Harncanälchen zeigen an der Membrana propria viele grosse und kleine schwarze Punkte — es sind das Fetttröpfchen, die also ausserhalb der Zellkerne liegen; letztere lassen sich mit den bekannten Kernfarben nicht färben (Haematoxylin, Ammoniakcarmin). Angegebener Befund deutet somit auf Nekrose der Epithelien, dieselbe findet sich nicht nur in den gewundenen Harncanälchen, sondern auch in den absteigenden Schenkeln der Henle'schen Schleifen, in den Sammelcanälchen etc. An den Malpigi'schen Knäulen fällt eine starke Füllung der Capillaren auf. Verfasser kommt auf Grund seiner Untersuchungen zur Ueberzeugung, dass die glycogene Degeneration der Epithelien, deren Nekrose und die eigenthümliche Ablagerung von Fett in den Epithelien etwas specifisches für den Diabetes mellitus vorstellen. Die nekrotische Veränderung des Nierenepithels sei auf toxische Substanzen zurückzuführen, deren Anhaufung im Organismus die klinischen Symptome des diabetischen Coma hervorrufen.

N. Trofimow: «Ueber Appendicitis perforativa». (№ 24).

Beschreibung eines Falles von Appendicitis. Expectative Behandlung, Durchbruch des Abscesses, Paranephritis und Paratyphlitis, Durchbruch in's duodenum, Bildung von periproctitischen Abscessen Exitus lethalis.

N. Wersilow: «Zur Casuistik der traumatischen Läsionen des Bauches. Ruptur des Duodenum». (№ 24.)

Ein 22-jähriger Soldat erhielt mit den Hufen seines Pferdes einen Schlag in die linke untere Bauchparthie; zunächst schienen nur die Bauchdecken verletzt zu sein, es war blos eine leichte Röthe und Schmerzhaftigkeit in der genannten Region zu constatiren. Nach 2 Tagen trat ganz unerwartet und plötzlich der Tod ein. Die Autopsie ergab, dass eine Ruptur des an einer Stelle nekrotisirten Duodenum's eingetreten war. Interessant war, dass die Laesionsstelle durchaus nicht das Duodenum, sondern die Flexura sigmoidea war, auch klagte Patient über Schmerzen in dieser Gegend. Während des Traumas war der Darm leer. Die nekrotische Stelle befand sich nicht auf der vorderen, sondern auf der hinteren Fläche des Darms, die der Wirbelsäule zugewandt ist, es muss somit die Nekrose par contre coup eingetreten sein.

L. Minor: «Klinische Beobachtungen über centrale Haematomyelie» (№ 24).

Verfasser, der das klinische Bild der Haematomyelia centralis zuerst beschrieben hat, führt einige hierher gehörige Krankengeschichten an und setzt einige differentiell wichtige Symptome auseinander. Näheres muss im Original nachgelesen werden.

Michalkin: «Zur Behandlung der Ischias mit Nitroglycerin» (№ 24).

Von dem theoretischen Raisonnement ausgehend, dass das Nitroglycerin im Organismus zersetzt wird und der sich bildende O in statu nascenti narkotische Wirkung auf das Centralnervensystem entfalten kann, wandte Verf. in 3 Fällen von ausgesprochener Ischias das Nitroglycerin an. Er verschrieb es in folgender Formel: Nitroglycerini 1%o 2,0 Tinct. Capsici 6,0 Aq. Menthae 12,0 3 mal täglich 5—10 Tropfen. Die Resultate waren sehr befriedigend, indem die Schmerzen bald nachliessen, und die schweren Attaquen völlig verschwanden.

A. Kablukow: «2 Fälle von totaler Resection des Pylorus bei Carcinom» (№ 1 1895).

Ein Fall endete lethal, der andere in völlige Genesung. Letzterer betrifft eine 45 jährige stark heruntergekommene Frau, deren allgemeine Schwäche so weit vorgeschritten war, dass sie nicht mehr gehen konnte. sie war bettlägerig, es entwickelten sich Decubitusgeschwüre. Bei der Operation (Schnitt nach Billroth) erwies sich, dass das Carcinom den ganzen Pylorus eingenommen hatte, und auch die untere Fläche des Magens in einer Ausdehnung von 7—8 Cm. ergriffen war. Der Pylorus wurde total resecirt und die Gastro-Enterostomie ausgeführt. Die Patientin erholte sich nach der Operation, nahm im Verlauf von 6 Monaten um 52 Pfund zu.

L. Warnek: «Zur Casuistik der Cervix-Fibrome und deren operativer Behandlung» (№ 1).

Beschreibung dieser Fälle (ein rein interstitielles, ein submucöses und ein interstitiell-subseröses Fibrom). Es wird die Symptomatologie eingehend geschildert und die Operationsmethode beschrieben.

F. Fawiuss: «7 Fälle von Behandlung des Uteruscarcinoms mit Einspritzung von Salicylsäure» (№ 1).

Zu den Injectionen gebrauchte Verf. eine 6%-ige alkoholische Lösung (60° Alkohol); zunächt wurde eine vaginale Ausspritzung mit antiseptischen Flüssigkeiten gemacht, sodann wurde die portio durch löffelförmige Spiegel eingestellt, und 1—4 Cm. der alkoholischen Salicyllösung in verschiedene Stellen der afficirten Parthie eingespritzt; die Nadel wurde ziemlich tief (²/₃ Cm.) eingestochen. Nach den ersten Injectionen tritt zuweilen eine ziemlich heftige Blutung ein, dieselbe lässt jedoch bald nach, und schliesslich geben die auf solche Weise behandelten Stellen garkeine Blutung mehr. Nachdem die Einspritzung vollendet ist, wird die portio mit etwas Jodoform bepudert, 2—3 Wattetampons mit Glycerinjodoform in die Vagina hineingelegt, und die Kranke in's Bett gebracht. Die bei der Injection auftretenden Schmerzen sind nicht anhaltend, sie verschwinden vielmehr ziemlich rasch. Die Resultate einer solchen Behandlung waren sehr zufriedenstellend, namentlich bei den inoperablen Carcinomen. Die Blutungen hörten auf, der stinkende, ätzende Ausfluss liess nach und verschwand

schliesslich ganz, die Schmerzen wurden bedeutend verringert, und das Allgemeingefühl besserte sich zusehends, endlich war eine Verlangsamung des Krankheitsverlaufes unverkennbar. Es werden 7 Krankengeschichten eingehend beschrieben.

Muratow: «Zur Lehre von den verschiedenen Formen der cerebralen Diplegien bei Kindern» (№ 1).

Verfasser führt einige Fälle von Little'scher Krankheit an (Diplegia spastica) und hebt die bekannten charakteristischen Symptome hervor. Entgegen der Annahme von Freud, ist Verf. der Meinung, dass die Diplegie auch auf nicht congenitaler Basis beruhen kann; einen hierher gehörigen Fall beschreibt M. ausführlich und führt den makro- und mikroskopischen Befund an. $2^1/_2$-jähriger Knabe, bis zu 6 Monaten völlig normale Entwicklung. Anfang des 7. Monates plötzliches Einsetzen von Fieber, Sopor, Krämpfe (encephalitis infantilis acuta). Status praesens: tiefe Idiotie, Sprache fehlt vollständig, ebenso das Verständniss für Worte und Gesten. Skoliosis der oberen Halswirbelsäule mit der Convexität nach rechts, vicariirende Verkrümmung in der unteren Brust- und Lendenwirbelsäule. Pupillenreaction auf Licht vorhanden. Contractur im rechten splenius capitis, im rechten Schulter- und Ellenbogengelenk. Starke Spannung des pectoralis und biceps. Die Hand pronirt (palmare Flexion) die Finger stark eingebogen. Athetose. Die rechte Hand völlig paralysirt, die linke führt Bewegungen im Schulter- und Ellenbogengelenk aus. Das Stehen ist unmöglich. Im Bett führt P. uncoordinirte Bewegungen aus. Stark ausgesprochene Störung des Muskelsinns. Auf tactile Reize keine Aufmerksamkeit. Schmerzempfindung auf der rechten Seite herabgesetzt, auf der linken vorhanden. Faradische Erregbarkeit auf der rechten Seite herabgesetzt. Geringe Atrophie der rechten Hand, namentlich der rechten Schulter. Tod an Masernpneumonie. Section: auf der Convexität des rechten Grosshirns sind am meisten verändert die centralen Windungen, die hintere centrale ist völlig geschrumpft, ihr mittleres Drittel vollständig atrophisch. Der Schläfenlappen fehlt, ebenso die Insula Reilii. Gyrus angularis und supramarginalis des linken Grosshirns atrophisch. Das rechte Grosshirn ist bedeutend grösser als das linke, beide centrale Windungen sind ebenfalls laedirt, aber lange nicht in dem Maasse wie die linken. Entgegen der Annahme von Freud, dass die angeborenen und erworbenen Diplegien pathologo-anatomisch und klinisch nicht getrennt werden können, ist Verf. der Meinung, dass beide wohl Unterscheidungsmerkmale haben. Der Charakter des Processes ist verschieden. Bei den erworbenen Formen haben wir das Bild der Atrophie vor uns, hier und da findet man in der Rinde Erweichungsheerde, doch zeigen sie den Charakter eines beendeten Processes. Bei den Angeborenen liegt ein destruktiver Process vor. Nähere microscopische Angaben sind im Original nachzulesen.

J. **Chmjelewski**: «Einige Beobachtungen über die hypnotische Wirkung des Trionals, der Chloralose und des Somnal (№ 1).

Die Beobachtungen wurden in der psychiatrischen Abtheilung des Stadthospitals angestellt. Das Trional erprobte Verf. an 33 Frauen (3 — melancholie, 2 — periodische Melancholie, 4 — acute Manie, 4 periodische Manie, 5 — paralytischer Schwachsinn, 2 amentia acuta, 2 — chronischer Alcoholismus, 3 — Delirium tremens, 2 — hysterische Psychose und 6 Dementia secundaria). Ausserdem wurde das Trional auch psychisch Gesunden verordnet gegen Schlaflosigkeit. Bei diesen tritt der Schlaf nach Einnahme von $1^1/_2$—2 Grm. Trional durchschnittlich in einer halben Stunde ein. Nebenwirkungen von Seiten des Circulations — Athmungs- oder Digestionsapparates wurden nicht beobachtet. Was den Einfluss des Mittels auf psychische Kranke anlangt, so wirkt es am promptesten bei chronischen Psychosen z. B. bei der secundären Dementia, bei progressiver Paralyse. 1,5—2,0 genügen, um einen 6—9 Stunden anhaltenden Schlaf zu erzeugen. Bei einfacher und periodischer Manie trat der Schlaf erst 2—3 Stunden nach der Einnahme des Mittels ein, zuweilen erst am anderen Morgen; die maniakalische Erregtheit wird fast immer geringer, die Kranken werden ruhiger und stiller. Auf den Verlauf der Krankheit hat Trional keinen Einfluss. Bei Delirium tremens war die Wirkung entweder gering oder blieb vollständig aus. Bei depressiven Zuständen (Melancholie, Hypochondrie) bewährte sich das Mittel gar nicht, kleine Dosen hatten keine Wirkung, bei grossen Dosen (2,0 und mehr) trat wohl Schlaf ein, doch verschlimmerte sich am anderen Tage der Zustand. Auch bei der sog. cerebralen Neurasthenie, die mit Neuralgien, starken Kopfschmerzen, Unlust zur Arbeit und depressiver Gemüthsstimmung einhergeht, soll nach Verf. das Trional nicht angewandt werden, da es die Apathie und Depression noch steigert. Im Allgemeinen soll man das Trional nicht lange anwenden, nach 2 tägiger Anwendung soll eine Pause von 2—3 Tagen eintreten.

Die Wirkung der Chloralose beobachtete Verf. an 32 psychisch kranken Frauen und 8 psychisch gesunden, die vorher mit Trional behandelt worden waren. Da bekanntlich das Mittel leicht eine Verstärkung der reflectorischen Erregbarkeit des Rückenmarks, die in Krämpfe ausarten kann, hervorruft so wandte Verf. kleine Dosen an, 0,3—0,9, aber auch bei diese Dosen konnte er die eben erwähnten Intoxicationserscheinungen beobachten. Auf Grund seiner Beobachtungen behauptet Ch., dass es sehr schwer sei die Chloralose zu dosiren. In der Mehrzahl der Fälle sowohl einfacher Agrypnie, als auch der bei psychischen Krankheiten, genügen schon 0,5, um einen ruhigen Schlaf zu erzielen; bei den secundären Formen (Demenz und bedeutende psychische Schwäche) genügen schon 0,4. Die Aeusserung von Chocreaux, dass, 0,6 der Chloralose auch bei Maniakalischen und Paralytikern genügen, um Schlaf zu erzeugen, betrachtet Verf. als eine Uebertreibung. Auf das Herz, die Gefässe, die Athmungs- und Digestionsorgane hat das Mittel garkeine Nebenwirkung. Die Krampferscheinungen, die als Intoxicationserscheinungen der Chloralose aufzufassen sind, vergehen sehr rasch, und wenn sie auch häufig recht ernst scheinen, so lassen sie nie irgend welche Störungen des Nervensystems oder unangenehme subjective Empfindungen zurück. Bei 0,6 beobachtete Ch. diese Wirkung in der Hälfte aller Fälle, sie tritt auch bei Leuten mit völlig gesundem Nervensystem auf. Bei Hysterie, Alcoholismus, organischen Hirnleiden, Marasmus und Cachexie treten die Krampferscheinungen bei noch geringeren Dosen auf. Entgegen gesetzt der Trionalwirkung, bewirkt die Chloralose bei starken Aufregungszuständen raschen Schlaf, aber nach 2—3 Stunden erwachen die Patienten häufig wieder. Bei Trional tritt vor dem Schlafe nie ein Aufregungsstadium ein nach Chloralose wird wohl solch ein Stadium beobachtet; dasselbe ist aber angenehmer Natur, hat Nichts gemeinsames mit dem Trunkenheitsgefühl nach Sulfonal. Das Erwachen nach Chloralose ist nie mit einem Schwächegefühl verbunden, was bei Trional und Sulfonal wohl vorkommt. Vor der Chloralose hat das Trional das voraus, dass es leicht dosirt werden kann und toxische Erscheinungen selten beobachtet werden. Verf. hält vorläufig die Anwendung der Chloralose angezeigt in Fällen, wo Trional und Sulfonal keine gute Wirkungen entfalten d. i. bei Melancholie, Hypochondrie und anderen depressiven Zuständen. Das Somnal wandte Verf. zunächst wieder bei 8 psychisch gesunden an. Bei schwachen Graden von Schlaflosigkeit genügen 80—100 Tropfen ($2^1/_2$—3,0) um Schlaf zu erzeugen; vor demselben tritt ein leichtes Gefühl von Trunkenheit auf. Erotische Träume oder irgend welche andere Symptome von Reizung der cerebro-spinalen Geschlechtscentren wurden nicht beobachtet. Des Morgens fühlten sich die betreffenden Personen frisch, hatten keine Kopfschmerzen. Ausserdem wandte Verf. das Mittel an: in 1 Falle von Dypsomanie, in 2 Fällen von periodischer Melancholie, in je 1 Fall von acuter Melancholie und periodischer Amentz. Die Kranken bekamen zur Nacht 80—120—160 Tropfen (2,0—5,0). Als Schlafmittel bewährte es sich in allen Fällen; bei depressiven Zuständen ohne Erregung und ohne Hallucinationen genügten 100—120 Tropfen. Unter der Wirkung des Somnals sah Verf. eine Besserung des Allgemeinzustandes eintreten, die Kranken fangen an Nahrung und Arzneien zu sich zu nehmen, das Körpergewicht steigt. Erotische Symptome wurden nicht beobachtet, überhaupt waren keine Nebenwirkungen zu constatiren.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej. 1894. November — December, № XI, XII.

W. W. **Stroganow**: «Die Gewinnung sterilisirten Wassers zu aseptischen Operationen vermittelst der Theemaschine». (VI).

Verf. hat verschiedene Kochversuche in einer Theemaschine, diesem hier zu Lande sehr verbreiteten und überall anzutreffenden Hausgeräth, angestellt und nach denselben das Wasser bakteriologischen Untersuchungen unterworfen. Es ergiebt sich aus diesen Versuchen, dass ein 3-maliges 10 Minuten andauerndes Kochen (in 24-stündigen Intervallen) ebenso wie ein einmaliges Kochen im Verlaufe von 30 Minuten zu einer vollständigen Sterilisation des Wassers in der Theemaschine genügen. Werden noch einige vom Verf. angegebene Vorsichtsmaassregeln (Eintauchen der Ausflussöffnung in eine Carbolsäurelösung, Einhüllen des Deckels in eine Schicht Watte etc.) angewandt, so kann das Wasser eine mehr weniger lange Zeit hindurch steril erhalten bleiben.

B. J. **Feinberg**: «Inversio vesicae urinariae per fissuram abdominis cum atresia vaginae». (XI).

Im Falle F.'s handelte es sich um folgende Missbildung: In der unteren Parthie des Leibes zwischen Nabel und Symphyse befindet sich eine röthliche, teichige mit Schleimhaut bedeckte Geschwulst (3,5 C. im Quer-, 2,5 C. im Längsdurchmesser). Nach oben hin geht die Geschwulst in den normal formirten

Nabel und die Bauchhaut über, nach unten in die Haut welche die regio pubica bedeckt. Im unteren Abschnitt des Tumor tritt deutlich das trigonum Lieutodii mit den beiden Uretherenmündungen hervor. Die Synchondrosis oss. pubis fehlt; es besteht an ihrer Stelle ein 2 C. breiter Spalt. Die rima pudendi wird von einer dünnen 2 C. breiten Membran verdeckt, welche von dem Rande des Schambeines zur Analöffnung hinzieht. Seitlich liegen diesem Häutchen die Rudimente der grossen Schamlippen an.

E. B. Dimant: «Eine neue Modification der geburtshilflichen Zange». (XI).

Die Zange D.'s hat keine Beckenkrümmung, die Löffel sind gekreuzt. Die beiden Hälften des Griffes schliessen ein Kugelgelenk ein, welches auch das Wesentlichste der Modification ist. Zwischen den Höckern und dem Kugelgelenk ist an den Handgriffen eine Schraubenvorrichtung angebracht, durch welche eine Fixirung der Löffel ermöglicht wird und eine Kompression des Schädels verhindert werden soll. Das Kugelgelenk gestattet nicht nur eine Beweglichkeit der Zange um ihre Längsaxe, sondern macht auch seitliche Bewegungen bis zu einem Winkel von 40° ausführbar.

N. N. Fenomenow: «Zur Kasuistik der Verletzungen sub coitu». (XII).

Nach einigen das Thema einleitenden Worten referirt F. über folgenden Fall: 29 jährige, 5 Jahre verheirathete Frau; sterile Ehe. Patientin giebt an seit der Hochzeit krank zu sein. Coitus schmerzhaft; Incontinentia flatus und flüssiger Stühle. Die Untersuchung ergab intactes Hymen. Am Perineum gleich unterhalb des Hymen's eine von Narbengewebe begrenzte 3,5 C. im Durchmesser fassende Oeffnung, welche ins Rectum führt. Diese, durch längere Zeit hindurch beim coitus einwirkenden Traumen entstandene Pseudovulva wurde operativ geschlossen und den Eheleuten die erforderlichen Anleitungen zur Ausübung eines normalen Beischlafes mit auf den Weg gegeben.

P. N. Chomitzki: «Cyste der vorderen Vaginalwand». (XII).

Es handelte sich im Falle Ch.'s um einen teichig elastischen Tumor von Faustgrösse, welcher gleich unterhalb der Urethralmündung sich entwickelt hatte, aus der Schamspalte hervorragte und den Scheideneingang vollständig verlegte. In Folge von Urethrocele bestanden Harnbeschwerden und misslang jeder Versuch die Blase zu katheterisiren. Die Cyste wurde operativ entfernt; sie enthielt eine bedeutende Menge braunrother Flüssigkeit. Mikroskopisch wurde an einigen Stellen der Innenfläche der Cystenwand Cylinderepithel nachgewiesen. Verf. ist der Ansicht, dass es sich hier nicht um eine Retentionscyste gehandelt hat sondern, dass Ueberreste der Gärtner'schen oder Müller'schen Gänge die Ursache der Cystenbildung gewesen sind.

M. Lapkow: «Zur Anwendung des Ferratin bei Metrorrhagien». (XII).

L. berichtet über einen Fall, in welchem er bei einer 18-jährigen anaemischen virgo mit Meno- resp. Metrorrhagien von der Anwendung des Ferratin (0,5 3 mal täglich) gute Erfolge gesehen hat.

M. Mironow: «Zur Technik der Uterusausschabungen». (XII).

Vor der Abrasio spritzt M. 0,5 Cub.C. einer 6 pCt. Kokainlösung in die seitlichen Scheidengewölbe ein. Sowohl vor wie nach der Ausschabung wischt M. die Cervixhöhle mit cylindrischen in 4—5 pCt. Carbolsäurelösung getränkte Wattebäuschen aus. Nach der Abrasio wird in das Uteruscavum entweder Jodtinctur oder eine Lösung von Liquor ferri oder eine 50 pCt. Zinkchloridlösung etc. injicirt.

Alles schon dagewesene Neuigkeiten. — (Am wenigsten verbreitet dürfte das Auswischen der Uterushöhle mit Wattebäuschen sein und wird darauf vom Verf. in einer solchen Weise Gewicht gelegt, dass der Leser den Eindruck gewinnt, es sei dieses ein vom Verf. selbst erdachtes Verfahren. Das ist es durchaus nicht. Dieses Verfahren wird unter Anderen auch von Leopold in Dresden geübt und hat Verf. als gewesener Schüler L.'s diese Methode bei ihm gesehen und gelernt. Ref.).

W. Fawr: «Ein Perforator-Bohrer». (XII).

Die verschiedenen Perforatore einer kritischen Besprechung unterziehend, giebt Verf. ein von ihm konstruirtes Perforatorium an, welches dem gewöhnlichen amerikanischen Bohrer nachgebildet ist. Eine genaue Beschreibung des Instrumentes ist im Originale, dem auch eine Abbildung beigefügt ist, nachzusehen.
Dobbert.

Bolnitschnaja gaseta Botkina. № 39—52. 1894.

D. Sokolow: «Ueber den Verlauf des Abdominaltyphus bei Kindern». (№ 39—49).

Genaue Analyse von 581 in den Jahren 1869—1893 im Elisabethhospital (Petersburg) zur Aufnahme gelangten Fällen, die im Allgemeinen wenig Neues boten. Wir wollen daher nur kurz einige Schlusssätze anführen.

63 pCt. der Patienten standen im Alter zwischen 4—10 Jahren. Abortivformen (bis 7 Tage) wurden in 4 pCt., leichte Typhen (8—14 Tage) in 26 pCt., mittelschwere (15—28 Tage) in 51 pCt. und schwere Formen (über 4 Wochen) in 18 pCt. beobachtet. In 37 pCt. der Fälle stellte sich «Nachfieber» ein, das im Mittel 6 Tage dauerte. Das Maximum der Temperaturerhöhung fiel durchschnittlich auf den 8. Tag. In 34 pCt. der Fälle war Durchfall vorhanden und diese verliefen gewöhnlich schwerer (23,4 Tage), als die von Obstipation begleiteten (19,8 Tage). Roseola wurde in 10 pCt., typhöse Zunge in 80 pCt., percutorisch nachweisbarer Milztumor in 11 pCt., Bronchitis in 32 pCt., Status typhosus in 15 pCt. notirt. 9 pCt. verliefen tötlich (darunter lagen in 2 pCt. Complicationen mit acuten Infectionskrankheiten vor). Recidive wurden in 3 pCt. der Fälle beobachtet. Die Temperatur war im ersten Anfall durchschnittlich höher als im Recidiv.

W. Beckmann: «Ueber die Aethernarkose». (№ 40).

Der Vortrag ist bereits in den Protokollen des Vereins St. Petersburger Aerzte veröffentlicht. (conf. Petersb. med. Woch. 1894. S. 395).

M. Schiperowitsch: «Zur Pathogenese des Morbus Werlhofii». (№ 41, 42).

Mittheilung von 2 einschlägigen Fällen aus dem männlichen Obuchowhospital, von denen der eine sich durch eine unzählige Menge von Hauthämorrhagien auszeichnete und leicht verlief, der andere bei verhältnissmässig geringen äusseren Erscheinungen rasch zum Tode führte und bei der Section eine deutliche Hyperplasie und Pigmentation der Milz und acute Fettdegeneration des Herzens, der Leber und Nieren ergab. Dieses pathologisch anatomische Bild deutet jedenfalls auf eine Infectionskrankheit hin, doch möchte S. die Hämorrhagien nicht auf Anhäufungen von Bakterien in den Blutgefässen, sondern auf eine Thrombose derselben durch zusammenbackende Lymphocyten zurückführen, die von den im Blut circulirenden Toxinen chemotaktisch angelockt werden.

T. Pawlow: «Zur Aetiologie des chronischen Erythema exsudativum». (№ 43—49).

P. bringt die ausführlichen Krankengeschichten von 5 von ihm beobachteten Patientinnen, die an chronischem exsudativen Erythem litten. Die 3 ersten Fälle hatten viel gemeinsames: es bestanden Herzklopfen, Vergrösserung der glandula thyreoidea, Verbreiterung der Pupillen, in einen Fall Exophthalmus. Ausserdem waren noch nervöse Störungen vorhanden (Zittern der Hände, Temperaturschwankungen ohne jede Ursache, Reizbarkeit), so dass sie ein ziemlich typisches Bild des morbus Gravesii boten. Bei periodisch auftretender verstärkter Herzaction kam auch jedes Mal das Erythem zum Vorschein oder wurde schlechter. Es konnte also eine Abhängigkeit der Hautaffection von Morbus Gravesii nicht geläugnet werden und da letzterer wohl von einer Erkrankung des Centralnervensystems hergeleitet werden dürfte, so muss auch das Erythem in diesen Fällen als centralen Ursprungs angesehen werden. Im vierten Falle trat ein Erythema exsudativum multiforme bei einer Patientin auf, die einen Botriocephalus latus beherbergte. Der Hautausschlag trotzte jeder localen Therapie und erst nach Abtreibung des Parasiten wich er, was dafür sprechen würde, dass die Hautaffection eine Folge von reflectorischer Reizung des vasomotorischen Centrums vom Darmkanal aus war. Bei der fünften Patientin, die an Uteruscarcinom mit Metastasen in der Wirbelsäule litt, wurde ein typisches Erythema exsudativum multiforme beobachtet. Hier hatten die Toxine, wie sie sich bei Krebskranken zu bilden pflegen durch ihren Uebergang in das Blut eine Reizung des vasomotorischen Centrums bewirkt, als deren Resultat das Erythem zu betrachten wäre.

N. Iwanow: «Ein Fall von Aneurysma arterioso-venosum der a. und v. axillaris». (№ 45—47).

Der 24-jährige Patient liess sich wegen Bluthusten, Fieber und Athemnoth, die 4 Wochen vordem begonnen hatten, in das Obuchowhospital aufnehmen. Vor 9 Jahren hatte er sich im Versehen durch einen Schrotschuss im oberen Theil des Brustbeins verletzt, war wegen starker Blutung ins Hospital aufgenommen worden und hier vernarbte die Wunde nach Entfernung des Bleies ziemlich schnell. Seit der Zeit hatte er sich

vollkommen gesund gefühlt und nur im rechten Arm war eine Schwäche nachgeblieben. Die ersten 3 Tage nach der Aufnahme bestand bedeutende Hämoptoe; die Temperatur war subfebril, der Radialpuls von mittlerer Spannung, rechts schwächer als links. Der rechte Arm war ödematös, kälter und schwächer als der linke. Am Manubrium sterni beim rechten Sternoclaviculargelenk fand sich eine mit dem Knochen verwachsene Narbe. Das Herz war vergrössert. Bei der Auscultation hörte man ein lautes summendes Geräusch über dem ganzen Thorax, das bei der systole intensiver wurde und am distalen Ende der rechten Clavicula am lautesten war. Hier fühlte man auch ein deutliches Frémissement und oberhalb der Clavicula eine pulsirende Geschwulst von Wallnussgrösse. Durch das Geräusch wurden die Herztöne theilweise verdeckt, doch konnte bei genauerer Untersuchung noch ein systolisches Herzgeräusch constatirt werden. Der Lungenschall war hinten unten und in der linken Axillarlinie gedämpft, das Athmen abgeschwächt und zahlreiche subkrepitirende Rasselgeräusche hörbar. Im Urin viel Eiweiss, im Sediment körnige Cylinder und rothe Blutkörperchen. In den folgenden Tagen nahm die Herzschwäche zu, der Puls der rechten Radialis wurde zuletzt nicht mehr fühlbar, die Hämoptoe wiederholte sich und eine Woche nach der Aufnahme starb Patient in Folge einer starken Lungenblutung. Auf Grund des Symptomencomplexes wurde angenommen, dass das vor 9 Jahren entstandene Aneurysma der a. subclavia dextra sich in die v. anonyma geöffnet habe und die daraus resultirenden Circulationsstörungen zu den zuletzt beobachteten acuten Krankheitserscheinungen Anlass gegeben hätten. Die Section ergab indessen folgendes. Die a. axillaris dextra war am centralen Ende aneurysmatisch erweitert. Der wallnussgrosse aneurysmatische Sack communicirte durch eine sehr enge Oeffnung in der oberen Wand mit der nicht erweiterten v. axillaris, die ein frisches Blutcoagulum enthielt und blind endigte. Das umgebende Gewebe war stark bindegewebig verändert, so dass die Nerven und Gefässstämme nicht freipräparirt werden konnten. Ausserdem aber fand sich eine frische ulceröse Endocarditis, die zur Perforation der Mitralklappe geführt hatte, fettige Degeneration des Herzens, Infarct des linken unteren Lungenlappens, hypostatische Pneumonie der beiden unteren Lungenlappen und acute hämorrhagische Nephritis. Im Anschluss an diesen Fall bespricht J. die Literatur des Aneurysma arterioso-venosum.

N. Kuskow: «Ein Fall von Thrombose aller unpaarigen Aeste der Bauchaorta». (№ 49).

Der 52-jährige Patient starb 4 Tage nach Aufnahme in das Marienhospital an Perforationsperitonitis. Bei der Section erwies sich das linke Herz stark fibrös verändert, ebenso fanden sich bindegewebige Plaques offenbar syphilitischen Ursprungs in der Aorta, so dass das Lumen der a. coeliaca vollkommen obliterirt, das der a. mesenterica superior stark verengt war. Letztere war zum Theil von einem organisirten Thrombus ausgefüllt; in der a. mesenterica interior fand sich ein frischer Thrombus. Durch die allmähliche Entwickelung der syphilitischen Gefässveränderungen war ein collateraler Kreislauf zwischen aa. mammaria und oesophagea einerseits — andererseits pudenda und mesenteria inf. ermöglicht worden. Erst bei Thrombose der letzteren war es (in der letzten Lebenswoche) zu Circulationsstörungen in den Darmgefässen gekommen, deren Folge eine hämorrhagische Infarcirung des ganzen Ileum und des Dickdarms bis zur Mitte des Colon transversum war, die zu zahlreichen, theilweise perforirenden Darmgeschwüren und Peritonitis Anlass gegeben hatte.

S. Schujeninow: «Zwei Fälle von Icterus infectiosus mit letalem Ausgang. (№ 48—52).

Im ersten Fall war der 17-jährige Patient 6 Tage vor seiner Aufnahme in das Marienhospital an Kopfschmerzen, Erbrechen, Appetitlosigkeit und Gelbsucht erkrankt. Bei der Aufnahme wurden starke icterische Hautverfärbung, frische Petechien auf Brust und Bauch, Schmerzhaftigkeit der nicht vergrösserten Leber constatirt. Die Milz war nicht geschwellt, die Herztöne waren dumpf, der Puls weich (100), die Temperatur subnormal. Im icterischen Harn fanden sich einige hyaline Cylinder und etwas Eiweiss. Die Fäces waren blutig verfärbt. Während des Aufenthalts im Hospital stellten sich bei subnormaler Temperatur Schmerzhaftigkeit des Leibes und Leberschwellung ein, der Icterus wurde stärker, auf der Haut zeigten sich neue Petechien. Am 14. Krankheitstage trat plötzlich Glottisödem ein, das die sofortige Tracheotomie nothwendig machte. Nach einigen Stunden erfolgte der Tod. Bei der Section fanden sich Hyperämie und Schwellung beinahe aller Schleimhäute, die bis zur oberflächlicher Nekrose der Schleimhaut des Darmes geführt hatten. Die Lymphapparate des Darms waren geschwellt. Ausserdem akutes Glottisödem, eitrige Bronchitis, in den Alveolen eitriges Exsudat, das theilweise kleine Abscesse bildete und ebenso wie das interlobuläre Gewebe eine Menge Streptococcen enthielt. Die Leber war derb, gelbbraun, trübe. Bei der mikroskopischen Untersuchung wurde parenchymatöse Degeneration und kleinzellige Infiltration in der Kapsel und der Umgebung der Gallengänge, keine Mikroorganismen gefunden. Aehnliche Veränderungen fanden sich in den Nieren und Streptococcenhaufen in den Gefässen der Malpighi'schen Pyramiden. Auch in der hyperplastischen Milzpulpa konnte eine Menge Streptococcen nachgewiesen werden. Auf Grund des klinischen und pathologisch-anatomischen Bildes kommt S. zum Schluss, dass es sich um einen Fall von larvirter Septicämie oder Icterus gravis septic. gehandelt habe.

Der zweite Patient war 48 Jahre alt, Potator, vor einer Woche an Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Durchfall, zuletzt Gelbsucht erkrankt. Die Temperatur bei der Aufnahme war erhöht (38,2°), die Haut und Sclera icterisch, die Zunge belegt, der Puls regelmässig (100), das Herz normal, die linke Lungenspitze leicht gedämpft. Milz und Leber waren nicht vergrössert, der Leib schmerzhaft, nicht aufgetrieben. Im Harn viel Eiweiss, Gallenfarbstoffe und Cylinder. Der Stuhl dünnflüssig, nicht gefärbt. Am folgenden Tage traten Anurie und urämische (cholämische?) Erscheinungen auf, die allmählich zunahmen und am 12. Krankheitstage verschied Patient im Koma. Bei der Section wurden reichliche Blutextravasate im Wurzelgebiete der vena portae, parenchymatöse Degeneration der Leber, Nieren, des Herzmuskels, der Milz, acute und chronische Veränderungen im Darmkanal, leichte Arteriosclerose gefunden. Die mikroskopische Untersuchung ergab Nekrose der Schleimhaut und der Solitaerfollikel des Jejunum, kleinzellige Infiltration der Leber, Nieren, des Herzens und des Jejunum, zahlreiche Thromben in den Gefässen, die theils aus Leukocyten, theils aus Epithelien (in der Leber) bestanden. Leider wurde keine bakteriologische Untersuchung ausgeführt. Das ganze Bild bot also grosse Aehnlichkeit mit der Weil'schen Krankheit und zugleich mit dem ersten Fall, weswegen Autor es nicht für möglich hält, die Weil'sche Krankheit als morbus sui generis zu charakterisiren.

E. Golowin: «Ueber die wichtigsten Methoden der Gallensteintherapie. (№ 50—52).

Nachdem G. die verhältnissmässig seltene Indication zum chirurgischen Eingriff hervorgehoben und auch die gegenwärtig überwiegende Methode der «Ausspülung» der Gallensteine durch verschiedene Medicamente und Mineralwasser als theoretisch unhaltbar definirt hat (wobei er besonders auf die von Sacharjin protegirte Calomelbehandlung eingeht) erachtet er genauere Untersuchung der Einwirkung pharmaceutischer Mittel (Terpentin, Cloroform) auf die Consistenz der Steine für wünschenswerth und theilt dabei 2 Fälle mit, in denen eine langdauernde Behandlung mit Terpentin in Form der «perles de terebenthine» von Erfolg begleitet war. Jedenfalls sei die Individualität der verschiedenen Patienten bei erfolgreichen, einander entgegengesetzten therapeutischen Methoden in Rechnung zu ziehen und bei dem gegenwärtigen Stand der Frage eine Therapie einzuschlagen, die nicht die Steine selbst, sondern die Ursachen zur Entstehung der Koliken zum Angriffspunkt nimmt. Weyert.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. September – December. 1894.

E. Kiber: «Bericht über die Thätigkeit der pathologisch-anatomischen Abtheilung des Marinehospitals zu Nikolajew im Jahre 1892.» (September—December.)

In diesem Zeitraum wurden 172 pathologisch-anatomische Untersuchungen gemacht, 84 Sectionen ausgeführt (darunter bei 15 an Cholera asiatica, 5 an Pneumonia crouposa, 5 an exsudativer Pleuritis, 7 an Tuberkulose Verstorbenen). Der Bericht giebt eine detailirte Beschreibung des Sectionsmaterials, deren Wiedergabe uns zu weit führen würde.

J. Ochotin: «Ein Fall von Ileus. Laparotomie. Resectio Ilei.» (September, Oktober.)

Die 47-jährige Patientin war eine Woche vor der Aufnahme an heftigen Leibschmerzen und Verstopfung erkrankt, an die sich bald Erbrechen fäkulenter Massen und Aufstossen anschloss. Schon einige Jahre lang litt sie an Verstopfung und hatte mehrfache Ileusartige Anfälle überstanden. Bei der Aufnahme im Kronstädter Marinehospital wurden hochgradige Prostation, Tympanie und Empfindlichkeit des Leibes constatirt. Die peristaltischen Darmbewegungen waren deutlich sichtbar; die Zunge war trocken, der Puls leicht unterdrückbar, die Temperatur subfebril. Der Urin musste mit dem Katheter entleert werden. Hohe Einläufe blieben ohne Wirkung. Bei der Rectaluntersuchung stiess der Finger auf ein Hinderniss an der Grenze der Flexura sigmoidea. In Anbetracht des gefahrvollen Zustandes wurde zur Laparotomie geschritten und der Schnitt links, paralell und 2½ Finger breit über dem lig. Pouparti ungefähr 11 Cm. lang angelegt, da eine Stenose des

S. Romanum angenommen wurde. Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergoss sich ziemlich viel serös blutiger Flüssigkeit und drängte sich, der stark aufgeblähte, dunkelblaue Dünndarm hervor, während der Dickdarm collabirt war. Dabei gelang es nicht von der Wunde aus an das Hinderniss zu kommen. Daher wurde der Schnitt nach oben und unten verlängert und jetzt kam ein Convolut fest untereinander verklebter Dünndarmschlingen und ein von hier ausgehender ziemlich dicker Strang zu Gesicht. Da es unmöglich war die Schlingen ohne Verletzung der Darmwand von einander zu trennen und das Darmlumen an dieser Stelle durch Narbenzüge stark verengt und dabei spiralig gedreht war, so resecirte O. das ganze Convolut des Ileum und legte einen anus practernaturalis an. Die Operation dauerte 3 Stunden, hatte aber auf den Allgemeinzustand der Patientin anscheinend keinen schlechten Einfluss. Beim Verbandwechsel am folgenden Tage wurden Fäkalmassen aus dem zuführenden Schenkel entfernt, die Wunde sah gut aus und Patientin klagte über nichts. Die Temperatur war normal. Gegen Abend wurde Patientin unruhig, collabirte und in der Nacht trat der exitus ein.

Bei der Section fanden sich in der Bauchhhöle einige Unzen trüber serofibrinöser Flüssigkeit. Die stark geblähten Dünndarmschlingen waren untereinander schwach verklebt. Im kleinen Becken lag neben einigen Dünndarmschlingen das collabirte S. romanum, das mit dem mittleren Theil des Rectum innig verwachsen war. 20 Cm. oberhalb der valvula Bauhini war der Darm resecirt, unterhalb der Resectionsstelle war der Darm collabirt. Die Serosa des Dünndarms oberhalb der Wunde war trübe, schmutzig verfärbt, theilweise mit gelblichen Membranen bedeckt, unterhalb der Wunde war die Serosa nicht verändert. Offenbar waren also bei der Untersuchung per rectum der Finger und die Sonde auf das untere Ende des zusammengedrückten und schlingenförmig gedrehten S. romanum gestossen, wodurch ein Darmverschluss an dieser Stelle vorgetäuscht wurde. O. konnte bei Durchsicht der Literatur der letzten 12 Jahre keinen ähnlichen Fall finden.

N. Bogoljubow: «Beobachtungen über die Vertheilung des auf verschiedene Weise eingeführten Quecksilbers im Organismus des Menschen.» (September, Oktober).

Autor untersuchte die Organe von 5 Syphilitikern und eines an Sublimatvergiftung Verstorbenen und kommt zu folgenden Resultaten:

Das in den Körper auf irgend eine Weise eingeführte Hg. wird schnell resorbirt und mit dem Blutstrom im ganzen Körper vertheilt. Die grössere oder geringere Anhäufung von Hg. in den verschiedenen Organen geht parallel dem Gewicht derselben, mit Ausnahme der Knorpel und Knochen. Ausserdem hängt sie aber von der physiologischen Rolle ab, die die Organe spielen (Leber, Niere). Bei Sublimatvergiftung per os fand sich das meiste Hg. auf dem Wege der Aufnahme oder in den anliegenden Regionen, so in den Speicheldrüsen, im Darmtractus, in der Galle und Leber. Der Procentgehalt am Hg. hängt vom Blutreichthum der Organe ab, in blutreichen ist er am höchsten. Das Nervensystem enthält absolut und procentisch wenig Hg. Die Fäces enthalten einen bedeutenden Theil des eliminirten Hg. Das Muskelgewebe enthält im Vergleich zu seiner Masse eine verhältnissmässig geringe Menge Hg. Bei Einleitung einer Hg. behandlung ist eine Untersuchung der parenchymatösen Organe unumgänglich nöthig: chronische Erkrankungen der parenchymatösen Organe halten die Elimination des Hg. hintan.

J. Tisckow: «Ein chirurgischer Sterilisator für Schiffs- und Marinelazarathe.» (September).

Der Apparat besteht aus 2 kupfernen Cylindern, von denen der kleinere innerhalb des grösseren befestigt ist. Der innere Cylinder hat einen besonderen mit Asbest geschützten Deckel. Der Zwischenraum zwischen beiden oberen Rändern der Cylinder ist geschlossen und zwei Oeffnungen zum Eingiessen des Wassers resp. zum Herauslassen des Dampfes vorhanden. Die Cylinder communiciren nicht untereinander. Der Boden des inneren ist kuppelförmig gewölbt und endigt in eine Röhre, die nach aussen führt zum Ablassen des Wassers. Ein Zoll über dem Boden des inneren Cylinders befindet sich ein Netz, das entfernt werden kann. Bei Benutzung des Apparates wird der äussere Cylinder mit gesättigter Salzlösung (zur Erhöhung des Siedepunktes) gefüllt, in den inneren Cylinder wird etwas Wasser gegossen, dann wird in denselben das Netz gelegt und darauf das Verbandmaterial. Der Apparat wird nun auf den Kochherd oder über eine offene Flamme placirt. Nach ½ stündigem Kochen des Salzwassers ist die Temperatur im inneren Cylinder auf 100° gestiegen und nach genügender Einwirkung wird das Wasser aus demselben herausgelassen, so dass das Material dann zugleich getrocknet werden kann und zur sofortigen Benutzung fertig ist.

G. Griwzow: «Ueber venerische Krankheiten in der Sewastopoler Abtheilung der Marine im Jahre 1892.» (Oktober, November.)

Zur Behandlung kamen 724 Patienten, von denen 338 an Tripper, 212 an weichem Schanker und 174 an Syphilis litten. Auf Grund seiner Beobachtungen hält G. den Tripper für eine niemals leicht zunehmende Allgemeinerkrankung («morbus blenorrhagicus»). Bei der Behandlung leisteten ihm Salol und ol. Santali flavi ausgezeichnete Dienste, so dass in einigen Fällen eine lokale Behandlung überflüssig wurde; bei chronischem Tripper wurden neben Sondenbehandlung hauptsächlich Spülungen mit schwachen Lösungen von Zincum hypermanganicum angewandt. Bei Prostataaffectionen bewährten sich Suppositorien aus Ichthyol. Unter den Patienten mit ulcus molle, wäre ein charackteristischer Fall von Uebertragung auf den Finger desselben Patienten zu erwähnen, bei dem sich dann Lymphangoitis des Armes und ein Bubo der Axilardrüsen entwickelte. Therapeutisch wären neben Jodoform Einpinselungen des Geschwürs mit Carbolcampher zu empfehlen. Bei Besprechung der syphilitischen Erkrankungen macht G. auf die verhältnissmässig kurze Behandlungsdauer (circa 30 Tage) aufmerksam, die durch die meist leichten Formen bedingt wurde. 36 Patienten kamen mit Primäraffekt zur Behandlung, 123 im sekundären Stadium, 15 im tertiären. Die Therapie bestand in Injectionen von Hg salicylicum, die übrigens erst im kondylomatösen Stadium begonnen wurden, während G. sich im primären mit einer lokalen Therapie begnügt.

J. Hagen-Torn: «Einige Versuche mit dem chirurgischen Sterilisator für Schiffe von Dr. Tischkow.» (December).

Aus den Versuchen geht hervor, dass der Apparat in mancher Beziehung verbesserungsfähig ist. So erwies sich, dass zur Erheizung des Apparates und zur Sterilisation viel Zeit nöthig war, dass die sich in ihrer Concentration schnell verändernde Salzlösung bald untauglich wurde und dass das Verbandmaterial im Apparat nicht getrocknet werden konnte. H. schlägt daher vor, an Stelle der Salzlösung Wasser zu nehmen, den Deckel des Apparates gegen Abkühlung zu schützen, zum Trocknen des Materials durch Veränderung der Construction Luftzug zu benutzen und eine äussere Röhre anzubringen, die den Wasserstand anzeigt.

P. Katschanowski: «Zur Kasuistik der Schusswunden des Kopfes.» (November, December).

K. theilt 9 Fälle von Kopfschusswunden mit, die er am Kronstädter Marienehospital beobachtet hat. Davon waren 4 durch Unachtsamkeit veranlasst, 5 suecidii causa beigebracht. Von letzteren endeten 2 tötlich. In allgemeinen bieten diese Fälle nichts besonderes mit Ausnahme des letzten Falles, wo eine Berdankugel in der Schädelhöhle (jetzt 4 Jahre) verblieb, ohne weitere bleibende Störungen als Paralyse des rechten Vorderarms und Parese des rechten Beins zu veranlassen.

K. schliesst seiner Mittheilung eine ausführliche Besprechung der in der Literatur bekannten Kopfschusswunden an.

Drschenewitsch: «Ein Fall von Aneurysma traumaticum spurium eines Astes der a. femoralis. Operation. Tod. (December).

Der 24-jährige früher stets gesunde Matrose erkrankte ohne bekannte Ursache an den Erscheinungen einer akuten Lymphadenitis subinguinalis dextra und wurde nach einer Woche wegen zunehmender Schmerzhaftigkeit und Temperaturerhöhung in das Roosewelt Hospital (New-York) übergeführt. Hier wurden Schwellung und Schmerzhaftigkeit im Bereich des rechten Schenkeldreiecks stärker, die Temperatur stieg bis 40°, der Allgemeinzustand verschlimmerte sich, so dass nach 2 Tagen zur Operation geschritten wurde. Nach Durchschneidung der ödematösen Haut und der tiefen Fascie stiess man auf reichliche Blutgerinsel und frisches arterielles Blut, das einem zerrissenen kurzen Muskelaste der Femoralis entstammte. Nach Reinigung der Höhle von den Blutgerinnseln wurde dieselbe tamponirt. Der Zustand nach der Operation verschlimmerte sich noch mehr, die Temperatur stieg bis 40,9°, der Puls war nicht fühlbar und am nächsten Abend erfolgte der exitus. Die Section ergab neben allgemeiner Anämie blutiges Exudat in beiden Pleurahöhlen, Lungenödem. Verfettung des Herzmuskels (die Operation war unter Aethernarkose ausgeführt worden.) Ein Paket vergrösserter Mesenterialdrüsen, die sich bis unter das lig. Pouparti erstreckten, hatte den Anfangstheil der rechten Femoralis zusammengedrückt. Die bestehende Lymphadenitis hatte also die wahre Krankheitsursache, das traumatische Aneurysma, dessen Entstehung übrigens dunkel blieb, verdeckt. Die Zersetzung des ergossenen Blutes hatte den Tod herbeigeführt.

Weyert.

Дозв. ценз. Спб. 25 Февраля 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 3. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1895.

Wratsch. № 44—52. 1894.

L. Papkow: «Zur Behandlung der Diphtherie». Vorl. Mitth. (№ 44)

P. wendet die von Ignatowsky empfohlene Lösung an, die aus Ol. Menth. pip. 8,0, ol. tereb. 4,0 und Ol. Petrol. 30,0 besteht.

F. Schmidt: «Ueber die Sehnenfäden in der chirurgischen Praxis im Vergleich zu Katgut.» (№ 44).

Die Sehnenfäden werden von den östjakischen Rennthieren gewonnen, 24 Stunden in Aether, dann ebensolange in 7‰ Sublimatlösung aufbewahrt. Die im Winter bereiteten Sehnenfäden sind fester, als die im Sommer präparirten und kommen der Stärke der Catgutfäden № 3 und № 4 gleich. Im Laufe von 6 Tagen werden die Fäden resorbirt. Als Nahtmaterial sehr zu empfehlen.

W. Wereschtschagin und S. Nossenko: «Zur Frage über den Einfluss des Traubenzuckers auf den gesunden Menschen». Vorl. Mitth. (№ 45).

Die N— und Fettassimilirung wird erhöht, der N—umsatz herabgesetzt, ebenso das Harnquantum, die Verdunstung durch Haut und Lungen vermehrt.

N. Wolkowitsch: «Eine Methode der operativen Entfernung von Haemorrhoidalknoten». (№ 45).

Die Knoten werden mit 4—5 Zangen in der Art der Muzeux'schen gefasst, Circulärschnitt an der Grenze von Haut und Schleimhaut, Entfernung des Schleimhautringes mit den Knoten, Vernähung des Schleimhautrandes mit der äusseren Haut durch einige tiefe und oberflächliche Nähte, gewöhnlich 15—20. Einführung eines Drains etc., wie gewöhnlich. Verf. hat 7 Pat. nach dieser Methode operirt und hat allen Grund mit dem Erfolg zufrieden zu sein.

J. Ljwow: «Achsendrehung des Darmes bei einer puerperalen Parametritis; Laparotomie, Heilung». (№ 45.)

Bei einer 31-jährigen Puerpera trat am 3. Tage nach der Geburt hohes Fieber und Schmerzhaftigkeit des Leibes auf. Das constatirte parametritische Exsudat wurde langsam resorbirt. Nach mehrwöchentlicher Krankheitsdauer, als Pat. ihrer Reconvalescenz entgegenzusehen begann, stellten sich mit einem Mal Symptome der Undurchgängigkeit des Darmes ein. Bei der sofort ausgeführten Laparotomie erwies sich, dass eine Dünndarmschlinge durch einen 3 Cm. langen bindegewebigen Strang mit dem Ligam. latum und dem Peritoneum der vorderen Bauchwand verwachsen war. Unter dieser unbeweglichen Darmschlinge hatte eine andere um zwei Darmschlingen einen Knoten geschlungen. Dieser wurde gelöst. Verlauf normal. Genesung.

J. Tikanadse: «Gomi, ein italienisches und tatarisches Getränk — setaria italica Beaur. Die chemische Zusammensetzung desselben und sein Nährwerth.» (№ 46).

Gomi ist ein 3—4 Fuss hohes Gewächs, das in China, Japan, der Krim und in Bessarabien zu Hause ist. Die N-Assimilirung einer aus Gomi bereiteten Grütze ist grösser, als bei anderen verwandten Stoffen, mithin ist der Nährwerth ein höherer. Die Gomisamen enthalten: Wasser 10,7; Trockenrückstand 89,2; Eiweiss 13,9; Fett 1,8; Asche 2,3; Nuclein 3,6; stickstofffreie Substanzen 67,4.

W. Zirkunenko und J. Tschernawkin: «Zur Frage über den Einfluss des Rohrzuckers auf die Assimilirung des N, der Fette und den Stoffwechsel bei gesunden Menschen». Vorl. Mitth. (№ 46).

Die N-Assimilirung und der Stoffwechsel werden herabgesetzt; der Fettansatz, der %gehalt des Wassers in den Faeces, die Harnmenge und die Abgabe des Wassers durch Haut und Lungen ist vermehrt.

R. Katz: «Ueber die anormale Mitbewegung des oberen Augenlides und der Iris bei Bewegungen des Augapfels.» (№ 46).

Bei einem 55-jährigen Patienten fand sich Hemiplegia, Paralyse des n. oculomotorius, Abwesenheit des Patellarreflexes, das Rombergsche Symptom, Impotenz, Neuritis optica retrobulbaris u. Perineuritis. Am linken Auge bestand Verlust der sympathischen Bewegung des Augenlides beim Senken des Blickes und Verengerung der Pupille beim Senken des Blickes. Die Erklärung wird gesucht in der Veränderung im Gebiete der Kerne des linken nerv. oculom. Mehr oder weniger waren atrophirt alle Kerne des nerv. oculom., zerstört war die Verbindung zwischen der Muskelgruppe, die den Augapfel nach unten bewegt und dem levator palpebr. und das Centrum, das der Accomodation vorsteht, unterbrochen war der Reflexbogen, welcher die Lichtreaction veranlasst. Statt dessen hat sich eine andere Communication zwischen dem sphincter iridis und dem nerv. rectus inf. gebildet.

P. Teplow: «Ueber die Entfernung der Uterusadnexa und der Neubildungen derselben durch das hintere Scheidengewölbe». Vorl. Mitth. (№ 47).

Die Operation per vaginam nach Péan ist nur in den Fällen rathsam, wo die Entfernung der Gebärmutter indicirt ist. Bei pathologischer Veränderung der Uterusadnexa ist die Laparotomie oder die Abtragung der Adnexa nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes (Colpotomia posterior) vorzunehmen. Letztere Operation, für die besonders Lwoff eintritt, ist von Lwoff und Verf. 36 mal ausgeführt worden in folgender Weise: Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes auf $1^1/_2$ — $^1/_2$ Querfinger und des Peritoneums, Ablösung der zu entfernenden Adnexa von den Verwachsungen, mit Unterstützung der Hand von aussen, Hervorziehen vor die Wunde, eventuell Punction kleiner Ovarialcysten, Anlegung einer Ligatur am Fuss des abzutragenden Theiles und Abtragung oder Reposition der ihres Inhaltes befreiten Ovarialcysten entzündeter Eierstöcke. Abrasio uteri, wenn nöthig. Spülung, Einführung von Jodoformmarly. In 3 Fällen wurde die Colpotomia posterior conservativa ausgeführt d. h. die Adnexa wurden von ihren entzündlichen Verwachsungen getrennt und in situ belassen. Die Vorzüge der Colpotomia posterior bestehen in der geringeren Gefahr, dem geringeren Eingriff, der schnelleren Heilung, der leichteren Ausführbarkeit und dem Umstande, dass die Arbeitsfähigkeit durch Entstehung von Bauchhernien etc. nicht leidet.

N. Kulbin: «Apparat zur Messung der Sensibilität der Hautdecken auf mechanische Reize (Mechanoaesthesiometer)». (№ 46 und 47).

Die Methoden der Untersuchung der Sensibilität und die bisher gebräuchlichen Apparate werden besprochen. Verf. hat gleichfalls einen Apparat construirt, der näher beschrieben wird.

M. Blumenau: «Zur Frage über die pathologische Bedeutung des Ascaris lumbricoides». (№ 47 und 48).

Bei Massenuntersuchungen hat sich herausgestellt, dass ein recht hoher Procentsatz von gesunden Menschen meist Kindern, Ascariden beherbergen. Bei 7,3 pCt.; 10,5 pCt.; 37,3 pCt.; ja sogar 43,3 pCt. von den Untersuchten wurden Ascarideneier in den Faeces nachgewiesen. Die Anschauung, ob die Anwesenheit dieser Parasiten eine grössere Bedeutung und eventuell Gefahr für den Wirth involvirt, ist getheilt. Henoch, Niemeyer und A. Baginsky sprechen der Anwesenheit der Ascariden keine besondere Bedeutung zu, Andere halten die Helminthiasis für keine so arglose Erkrankung. Verf. hat zahlreiche Fälle aus der Literatur gesammelt, in denen die Ascariden zu verschiedenen Erkrankungen mit Ausgang in Genesung und Tod Veranlassung gegeben haben. Es wird über Fälle berichtet, wo es zu Tetanus, Chorea, Veitstanz, perniciöser Anaemie, Erscheinungen von Meningitis etc. kam. Tödtlichen Ausgang nahmen Fälle, in denen das Eindringen von Spulwürmern in die Stimmritze zum sofortigen Erstickungstode führten und in denen das Eindringen in die Gallenwege Entzündung dieser und Bildung von Leberabscessen die Folge war. Verf. hat auch 3 Todesfälle beobachtet. Fall I: 22-jähriger Soldat hatte beim Eintritt ins Krankenhaus eine rechtsseitige Pneumonie, ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, Anaemie, Oedem der unteren Extremitäten, Eiweiss im Harn. Nach Ablauf der Pneumonie trat eine reichliche Darmblutung ein, die sich mehrere Male wiederholte und schliesslich zum letalen Ausgang führte. In den Därmen fand man nahezu 100 Spulwürmer, die mechanisch die Schleimhaut des Darmes insultirt und zur tödtlichen Blutung geführt haben müssen. Eine andere Ursache für die Darmblutung konnte nicht ausfindig gemacht werden. Im zweiten Falle trat der Tod bei einem 22-jährigen Soldaten durch Verlegung

der Luftwege durch 2 Spulwürmer plötzlich ein, im 3. Fall führte das Eindringen eines Spulwurmes in den Ductus choledochus auf reflectorischem Wege zu einem plötzlichen letalen Ausgang.

A. Fawitzky: «Zeitgemässe Beurtheilung der Frage von der Morphologie und Biologie der Choleravibrionen». (№ 47 - 51).

Immer zahlreicher werden die Ansichten der Autoren, welche für den Polymorphismus des Cholerabacillus in morphologischer und biologischer Beziehung innerhalb weiter Grenzen eintreten. Die Eigenthümlichkeit des Wuchses und der Grad der Virulenz sind in Abhängigkeit zu bringen von dem Nährboden, von der Art des Auftretens der Epidemie und der Anwendungsweise der künstlichen Ueberimpfung auf Thiere. Die Grösse des Bacillus und seine Krümmung sind auch durchaus nicht immer gleichartig. Verf. untersuchte während der letzten Choleraepidemie im Sommer 1894 10 Fälle nach allen Regeln der Kunst und constatirte, dass die Culturen in der Mehrzahl der Versuche ihre vollen virulenten Eigenschaften gegen Tauben entwickeln. Dieses — von Anderen bestrittene Verhalten — hält Verf. für ein vollgültiges Charakteristicum für die Specificität des Cholerabacillus zum Unterschiede der Prior-Finklerschen Bacillen. Der Pleomorphismus der Cholerabacillen zeigte sich deutlich in dem untersuchten Blut der Tauben: dicke Stäbchen wechselten mit feinen. Ebenso hatten die Colonien auf den Gelatineplatten kein gleichförmiges Aussehen und wichen häufig vom Typus ab; dabei konnte aber kein Zweifel bestehen dass es Choleracolonien waren. Auch bei der Stichcultur konnten Abweichungen von der Regel constatirt werden; die Verflüssigung ging weder räumlich noch zeitlich bei allen Culturen gleichmässig vor sich. Die Indolreaction gaben alle Versuche. Auf Grund seiner Resultate gelangt schliesstich Verf. zu der Ueberzeugung, dass der Cholerabacillus die demselben von R. Koch zugeschriebenen Eigenschaften nicht unbedingt besitzt, sondern, dass im Gegentheil manche Modificationen und Variationen vorkommen, die vom Typus abweichen.

S. Zaleski: «Zur Balneologie Sibiriens.» (№ 49.)

Im europäischen und asiatischen Russland giebt es 320 Curanstalten (Mineral-Trink-Badeanstalten), davon fallen 241 auf das europäische Russland, den Kaukasus einbegriffen, und 79 auf Sibirien. In Westeuropa kommt auf 1820 Quadr. Kilom. 1 Curort, in Russland auf 70,091 Quadr. Kilom. In Sibirien sind es ausserdem die Unzahl von Seeen, deren Heilkraft nicht genügend gewürdigt wird. Im Gouvernement Tomsk allein giebt es solcher Seeen nahezu 2000. Die meisten enthalten Kochsalz, einige neben diesem Glaubersalz und zwar nicht wenige in beträchtlichem Maasse, so dass es sich zweifellos lohnen würde, die Salze zu gewinnen und zu exportiren. Z. hat seine chemische Untersuchung des Gehaltes jener Seen noch nicht beendet.

A. Poehl: «Theorie der Immunität und der Immunisirung vom biologisch-chemischen Gesichtspunkt aus». (№ 49).

Die Intra-Organoxydation oder Gewebeathmung spielt bei der Fähigkeit des Organismus gegen gewisse Krankheiten Widerstand zu leisten eine nicht unbedeutende Rolle. Bei gewissen Verhältnissen verändert sich das lösliche Spermin in eine unlösliche Verbindung und damit tritt eine Herabsetzung der Gewebeathmung ein. Bei dieser verminderten Intra-Organoxydation häufen sich im Körper ungenügend oxydirte Producte der regressiven Metamorphose, Leucomaine, an, welche zu einer Art Autointoxication führen. Diese bietet die günstige Gelegenheit zum Eindringen von Infectionskeimen. Im normalen, in gelöstem Zustande befindlichen, Spermin besitzt der Organismus eine Waffe gegen die Autointoxication. Bei physiologischer Alkalescenz des Blutes bildet sich aus dem Nuclein der zerfallenden Leucocyten wirksames Spermin, bei herabgesetzter Alkalescenz hingegen aus demselben Nuclein ein unwirksames, unlösliches Spermin. In den weissen Blutkörperchen und dem darauf folgenden Zerfall derselben bei normaler Alkalescenz des Blutes liegt das Wesen der Immunität eingeschlossen. Die Leukocytose führt also bei alkalischer Reaction durch Bildung löslichen, wirksamen Spermins zu einer normalen Intra-Organoxydation, mithin zur vermehrten Widerstandsleistung gegen krankmachende Einflüsse, — eine Eigenschaft, die bei herabgesetzter Alkalescenz wegfällt. Auf die Serumbehandlung übergehend spricht sich Verf. dahin aus, dass das Agens, welches die Immunität schafft, nicht in einem zweifelhaften Antitoxin, sondern in dem normalen Bestandtheil des Blutes zu suchen ist, indem durch Einverleibung des Serums bei gleichzeitig erhöhter Alkalescenz des Blutes eine Leukocytose hervorgerufen wird. Diese mit Zerfall von Nuclein und Bildung löslichen, wirksamen Spermins einhergehende Erscheinung führt in Folge erhöhter Energie der Organathmung zu einer vermehrten Widerstandsleistung gegen die Infection. Die zu therapeutischen Zwecken vorgenommene Einverleibung des Spermins führt zur Immunität.

A. Iljisch: «Die Quantität des Tag- und Nachtharns und Verdunstung durch Haut und Lungen bei der Wassersucht verschiedenen Ursprungs.» — Vorl. Mitth. (№ 50).

Die von Quincke erhaltenen Resultate finden durch die Versuche Verf. ihre Bestätigung: bei Nieren- und Leberkranken übertrifft die Quantität des Nachtharns, ebenso wie die festen Bestandtheile in demselben, die des Tagharns; in geringerem Maasse gilt dieses von Herzkranken. Der Verlust an Flüssigkeit durch Lungen und Haut zeigen gerade die gegentheiligen Verhältnisse.

N. Jakimowitsch: «Methode der Aufbewahrung und Untersuchung der Faeces auf Eier von Parasiten.» (№ 50.)

Bei der microskopischen Untersuchung wendet Verf. 2—3 Tropfen Glycerin und 3—4 Tropfen einer 1% Kochsalzlösung an.

S. Grusdew: «Angina pectoris e stomacho laeso.» (№ 50).

G. findet, dass in sämmtlichen Lehrbüchern viel zu wenig Gewicht darauf gelegt wird, dass Verdauungsstörungen eine wichtige Rolle bei der Auslösung eines stenocardischen Anfalles spielt. G. erlebte folgenden Fall: Ein 40-jähriger Mann hatte im Laufe von 1½ Jahren 9 Anfälle gehabt, die ausser den gewöhnlichen Erscheinungen mit Uebelkeit und Brechen verliefen, mit dem Eintreten des Erbrechens hörte der Anfall auf. Arteriosclerose leichten Grades, eine etwas vergrösserte Leber, Druckempfindlichkeit in der Magengegend und Obstipation, kein Abusus von Alkohol und Tabak. Herz und Lungen boten keine Abweichung von der Norm. G. fasste die Anfälle als reflectorisch, von Verdauungsstörungen ausgehend, auf und richtete seine Behandlung auf den Magen und Darmcanal (Magenausspülungen, Verhütung der Obstipation, Massage und Faradisation des Leibes, Motion). Seitdem haben sich — im Laufe von 2 Jahren — keine Anfälle gezeigt. Aehnliche Fälle hat G. mehrfach erlebt und wundert sich, dass diesem Causalnexus so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bedingungen zur Entwickelung dieser Krankheit sind ein schwächliches, reizbares Herz und der reflectorische Reiz von Seiten eines zeitweilig durch Gaze aufgeblähten oder chronisch-catarrhalisch afficirten Magens auf den Nervenapparat des Herzens, vielleicht durch Vermittelung des n. Sympaticus. Demgemäss hat sich die Behandlung in solchen Fällen gegen die Ursache zu richten (Behandlung des Magencatarrhs, Vermeidung der Obstipation, diätetisches Regime etc.). Während des Anfalles ruft Verf. nach Verabfolgung einer Dosis Alkohol zur Stärkung Brechen hervor und spült sofort den Magen aus.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje. № 2—5.

Th. Ewetzki: «Wiederholte Attaquen doppelseitiger Amaurose mit darauf folgender temporaler Hemianopsie.» (№ 2).

Bei einem 19-jährigen Bauer stellte sich plötzlich Verminderung der Sehschärfe an beiden Augen ein, die nach einigen Tagen in völlige Amaurose überging. Anamnestisch konnte Verf. constatiren, dass vor 2 Jahren eine ebensolche Attaque den Patienten befiel, doch stellte sich nach einigen Wochen wieder volle Sehschärfe ein. Symptome von Seiten des Nervensystems fehlte bisn auf starke Kopfschmerzen. Die Pupillenreaction auf Licht war erloschen, es bestand rhytmisches Zittern der Pupillen (hippus), die Venen der Retina waren erweitert und geschlängelt. Verf. nahm eine syphilitische Affection des chiasma nerv. optic. an. Nach der zweiten Amaurose-Attaque blieb die temporale Hemianopsie constant und ging nicht mehr zurück.

J. Selenew: «Ein Fall von syphilitischer Chloroanämie und Oedem ohne Albuminurie geheilt durch Queksilber.» (№ 2).

Verf. constatirte bei einem Soldaten eine doppelte Infection. Neben der gummösen Form der hereditären Syphilis (Gummata der Haut, charakteristische Narben, Sattelnase etc.) laborirte Patient an Malaria. Es traten ferner bedeutende Oedeme an den Händen und Füssen, am Gesicht und an dem Hodensacke auf, dabei war nie Eiweiss im Urin nachweisbar. Die Oedeme hält Verf. als Folge einer Störung der Vasomotoren und der Umstand, dass die Oedeme sehr rasch schwanden, um ebenso rasch wieder einzusetzen weist auf eine Betheiligung des nervösen Apparates hin. Die Chloroanämie war stark ausgesprochen. Die Wirkung des Quecksilbers (Injectionen von Hydrargyrum benzoicum) war eine eclatante: der Allgemeinzustand besserte sich auffallend, die Zahl der rothen Blutkörperchen, die Menge des Hämoglobins nahmen zu, die weissen Blutkörperchen nahmen an Zahl ab, die syphilitischen Affectionen schwanden und die Malaria-Attaquen wiederholten sich nicht mehr.

W. Predtetschenski: «Ueber einige Blutveränderungen unter dem Einflusse von Moorbädern.» (№ 2).

Verfasser hat das Blut bei Patienten, die mit den Sakki'schen Moorbädern behandelt wurden, untersucht. Er fand, dass unter dem Einfluss des Moorbades sowohl das specifische Gewicht des Blutes, als auch die Menge des Hämoglobins zunehmen; das maximum des Ansteigens des specifischen Gewichtes betrug 0,019 (von 1056 auf 1065), des Hämoglobins 21 pCt. (von 79 pCt. auf 100 pCt.). Die Zahl der rothen Blutkörperchen nahm rasch zu. Die Alkalescenz des Blutes, welche bei allen Patienten mit chronischem Gelenkrheumatismus die normalen Werthe nicht erreichte, stieg unter dem Einflusse der Moorbäder an, und blieb dieses Resultat auch nach Beendigung der Cur bestehen.

A. Wedenski: «Ueber Tuberculosis linguae.» (№ 3).

Verfasser hat 110 Fälle von Lugentuberculose aus der Literatur zusammengestellt, auch führt er 2 eigene Beobachtungen an. Auf Grund dieser ziemlich reichen Literatur, beschreibt W. die Pathologie und Therapie der Zungentuberculose. Klinisch tritt dieselbe in 2 Formen auf: 1. tuberöse Form — Bildung von Knötchen im Zungenfleisch; 2. ulceröse Form. Beide Formen können sowohl primär, als auch secundär auftreten; Letzteres ist das gewöhnlichere. Bei der differentiellen Diagnose muss man Carcinom und Syphilis im Auge haben. Eine sichere Diagnose erhält man nur bei mikroskopischer und bakterioskopischer Untersuchung der geschwürigen Granulationen, die man mit dem scharfen Löffel leicht abkratzen kann, oder der excidirten Gewebsstücke. Je früher die Radicaloperation ausgeführt wird, um so günstiger gestaltet sich die Prognose, das gilt namentlich für die primäre Zungentuberkulose; aber auch bei der secundären Form ist die Operation indicirt, da der Organismus von einem Heerd befreit wird, aus welchem Infectionsstoffe leicht in's Blut gerathen können.

B. Grünberg: «Ueber die Anwendung des Pilocarpins bei Eclampsie in der Schwangerschaaft.» (№ 3).

Verfasser hat das Pilocarpin in 4 Fällen angewandt, und waren die Resultate recht zufriedenstellend; er fand dass das Mittel auf die Eclampsie cupirend wirkt, sowohl in der Schwangerschaft, als auch im Wochenbette; es soll aber nur bei gesunden und kräftigen Frauen angewandt werden und zwar in Fällen, wo die Narcotica im Stiche lassen. Jede Affection der Athmungswege verbietet die Anwendung des Pilocarpins, weil sich leicht Lungenoedem bilden kann.

J. Nedorodow: «Ein neuer Katheter-Insufflator und ein neuer electrischer Dilatator zur Behandlung der Uterusleiden». (№ 3).

A. Koschewnikow (Professor): «Diplegia spastica progressiva (familiaris)». (№ 4).

Bei 2 Schwestern beobachtete Verf. diese seltene Affection. Die ältere Schwester, 17 Jahre alt war nach den Angaben der Eltern bis zu ihrem 7. Jahre völlig gesund. Ganz allmälich setzten die Symptome ein: zunächst Schwäche beim Gehen, Unmöglichkeit auf den ganzen Fusssohlen zu stehen; im 9. Jahre konnte Patientin gar nicht mehr gehen, auch wurde das Sitzen erschwert, allmählich wurden die Bewegungen in den kleinen Handgelenken, im Ellen- und Schultergelenk ebenfalls behindert und konnte die Kleine weder arbeiten, noch Nahrung selbst zu sich nehmen. Status praesens: Starke Krümmung der Wirbelsäule; Rückenlage mit stark flectirten Hüft- und Kniegelenken, pes varo-equinus, die Achillessehne ist stark gespannt, ebenso alle Flexoren. Die elektrische Erregbarkeit der Muskulatur ist nicht verändert. Sehnenreflexe erhöht. Niergend am Körper ist eine Störung der Sensibilität zu beobachten. Die oberen Extremitäten befinden sich in extendirter und abducirter Stellung, in den Ellenbogengelenken — Superextension. Die Vorderarme sind pronirt, die Hände nach aussen gekrümmt. Die active Bewegung der Arme ist stark beschränkt, dabei tritt eine starke Spannung der Muskulatur ein. Die Muskulatur des Gesichts, des Halses sowie die Respirationsmuskeln bieten bei ruhigem Verhalten der Patientin keine Abnormitäten; sowie aber sie zu sprechen beginnt, werden alle diese Muskeln stark gespannt, der Kopf wird nach hinten gebeugt, die Athmung wird erschwert, im Gesicht tritt eine gewisse Starre ein, die Sprache ist behindert, dabei überzeugt man sich, dass keine Störung der Articulation, vielmehr eine Behinderung der Phonation vorliegt; die Patientin besitzt zu geringe Kraft, um die Laute hervorzubringen; je länger sie spricht, um so schwieriger wird die Sprache, sie muss häufig anhalten, die Worte werden immer leiser und unverständlicher hervorgestossen; die Bewegungen der Zunge, der Augenmuskulatur sind völlig normal. Die Psyche hat nicht gelitten, im Gegentheil ist Intelligenz vorhanden. — Die jüngere Schwester 9 Jahre alt zeigt dieselben pathologischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten, wie sie bei der älteren geschildert sind, nur, dass sie doch noch mit Mühe gehen kann, der Gang ist ein spastisch-paretischer. Die oberen Extremitäten zeigen dagegen keine krankhaften Veränderungen. Selbstverständlich ist der pathologische Process zu suchen entweder in der motorischen Region der Hirnrinde, oder in der Pyramidenbahn. Am meisten Aehnlichkeit hat diese Krankheit mit der von Little beschriebenen Diplegia spastica, von Freud paraplegische Starre oder «allgemeine Starre» genannt. Trotz Aehnlichkeit sind diese Fälle durchaus nicht zuverwechseln mit der sog. Diplegia spastica infantum, wo die Krankheit eine intrauterine Genese hat und bald nach der Geburt des Kindes zu Tage tritt; dabei treten auch Störungen in der Intelligenz der Kinder auf. Ausserdem sollen bei der Diplegia spastica die krankhaften Erscheinungen rasch und in ihrer ganzen Ausdehnung einsetzen und hernach allmählich abnehmen. Einen solchen Fall führt Verf. an, um die Gegensätze hervorzuheben. Auch von der Charcot'schen Tabes dorsalis spasmod. sind die Fälle streng zu scheiden. Es ist eben eine ganz selbstständige Erkrankung; Verf. schlägt vor dieselbe mit «Diplegia spastica progressiva s. familaris» zu bezeichnen. Der anatomische Process ist nach K. in der Hirnrinde zu suchen.

W. Serenin: «Ueber die Behandlung von Geschwüren mittels der Thiersch'en Transplantationsmethode». (№ 5).

Verf. führt 3 Fälle eigener Beobachtung an, um den eclatanten Erfolg der von Thiersch zuerst geübten Methode zu beweisen.

T. Wolnski: «Ein Fall von plötzlichem Tod bei Pleuritis». (№ 5).

Eine 18-jährige Patientin hatte fast die rechtsseitige Pleuritis überstanden, als ganz plötzlich und unerwartet Asphyxie eintrat, Cyanose der Lippen, erschwertes Athmen, dabei volle Besinnung. Tod im Verlauf einiger Minuten. Als wahrscheinliche Ursache dieses plötzlichen Todes nimmt Verf. eine Embolie der Lungenarterie an, obgleich Veranlassung zur Bildung von Thromben nicht vorlag.

N. Sletow: «Verschiedene Methoden zur Gewinnung von Ozon, dessen physiologische und therapeutische Bedeutung». (№ 5).

Verfasser bespricht die verschiedenen gebräuchlichen Ozonatoren; die meisten sind recht complicirt. Als einfachen Apparat schlägt S. 2 Glasplatten vor, deren eine Seite mit Zinn belegt ist; beide Platten werden mit den unbedeckten Seiten einander auf 1—1,5 Mm. genähert und in gleicher Entfernung von einander durch 2 Stäbchen gehalten; die Zinnbelege werden mit der Rumkorf'schen Spirale verbunden. Verfasser führt die Beobachtungen verschiedener Autoren über die physiologische und therapeutische Bedeutung des Ozons an. Er selbst hat in 147 Fällen von Lungentuberculose Ozoneinathmung angewandt. Die Resultate waren folgende: Nach 2—3 täglich ausgeführten Einathmungen wird der Husten geringer; die dicken Eiterballen im Sputum verschwinden, das Sputum wird dünnflüssiger; es tritt bedeutender Appetit ein, der Schlaf wird besser (nach Binz besitzt Ozon sedative Eigenschaft). Nach 1—2 Wochen beobachtet man recht häufig ein Nachlassen des hectischen Fiebers, die Nachtschweisse werden unbedeutend. Bei einem Patienten, der sehr starke Neigung zur Lungenblutung hatte, beobachtete Verf. unter der Behandlung mit Ozon völliges Verschwinden der Haemoptoe-Attaquen.

A. Hippius: «Zur Behandlung der Diphtherie mit dem Behring'schen Heilserum». (№ 5).

Beschreibung einer Hausepidemie. Ein 12-jähriges und ein 9-jähriges Mädchen litten an der septischen Form der Diphtherie mit grossen Infiltraten des Halszellgewebes. Nach Einspritzung des Behring'schen Antitoxins (№ 1) mit Wiederholung derselben am anderen Tage trat ein sehr auffallendes Missverhältniss zwischen dem localen Bilde der Diphtherie und dem Allgemeinzustande: die Kinder fühlten sich wohl, lachten und verlangten zu essen. Heilung in 7 Tagen. Verf. beobachtete ein Lockerwerden der Membranen unter der Serumtherapie. Bei einem Bruder der beiden Patientinnen, der mit denselben in einem Zimmer sich aufgehalten hatte, spritzte H. ¼ des Fläschchens № 1 ein. Der Junge blieb gesund. Auf Grund von 15 Beobachtungen spricht sich Hippius entschieden für die Heilserumtherapie aus. Unangenehme Nebenerscheinungen hat er nie beobachtet.

Abelmann.

Russkaja Medicina № 41—48. (Schluss). № 1—9. 1895.

M. Kandaratzki: «Die Radicaloperation der Inguinalhernien vom anatomischen Standpunkte. Die Bassini'sche Methode». (№ 41—43).

Verfasser gibt eine eingehende Beschreibung der von Bassini angegebenen Operationsmethode und führt 4 Krankengeschichten an. Nach der eben erwähnten Methode soll in allen Fällen operirt werden, gleichviel ob der Bruch reponirbar ist oder nicht, ob er eingeklemmt ist, oder nicht.

G. Rodionow: «Zur Casuistik der Selbstheilung einer Hydrocele.» (№ 42).

M. Popow: «Ueber den Gebrauch des Borshomsalzes bei der antisyphilitischen Cur.» (№ 43).

Die Katarinenquelle von Borschom enthält kohlensaure Alkalien und ist dem Vichy an die Seite zu stellen. Den Syphilitikern verordnete Popow das Salz dieser Quelle als Zusatz zu den Jodkalidosen; bei einigen Patienten wandte P. Pastillen an, die aus dem Salz hergestellt werden. Verfasser fand, dass diese Methode sich als sehr geeignet erweist, da die durch den Gebrauch von Jodalkalien häufig auftretenden Magen-Darmstörungen hintangehalten werden können; ausserdem soll das Borshomsalz die Resorption des Jod's begünstigen.

N. Swinjatski: «Der aseptische Eiter, seine Genese, seine chemischen, histologischen und physiologischen Eigenthümlichkeiten im Vergleich zum septischen Eiter». (№ 44).

Experimentelle Untersuchungen an Hunden; dieselben ergaben Folgendes: Es existirt ausser Mikrobeneiterung, eine aseptische Eiterung, welche experimentell mit Hülfe einiger chemischer Substanzen (Terpentin, Crotonöl, metallisches Quecksilber) erzeugt werden kann. Diese Eiterung besitzt nicht einen progressiven Charakter, der Eiter ist nicht infectiös. Histologisch stellt derselbe ein Conglomerat junger, noch farbloser Blutkörperchen dar, die in der aus den Blutgefässen ausgeschwitzten Flüssigkeit suspendirt sind; der septische Eiter enthält dagegen alte, reife Leucocyten. Chemisch stellt der aseptische Eiter eine peptonfreie Flüssigkeit dar, während im pyogenen Eiter sich immer Peptone finden, die aus den Eiweissstoffen durch die peptonisirende Thätigkeit der Mikroben entstehen. Während der septische Eiter in einem anderen Organismus eine progressive Entzündung mit Temperatursteigerung hervorruft, wird der aseptische Eiter einfach resorbirt, ohne eine entzündliche Reaction hervorzurufen, im Gegentheil eine Sinken der Temperatur herbeiführend. Verf. ist der Meinung, dass im aseptischen Eiter möglicherweise ein antipyretisches Toxin vorhanden sei, das vielleicht mit der Zeit rein dargestellt werden wird und zu antipyretischen Zwecken verwendet werden könnte.

Th. Kowalski: «Die Cholera bei Schwangeren.» (№ 46 u. 48).

An der Hand statistischen Materials und eigener Beobachtungen behauptet Verf., dass die Schwangerschaft kein prädisponirendes Moment für Cholera-Erkrankung sei. Die Prognose quo ad vitam der Frucht ist sehr ungünstig (Mortalität 81 pCt.), dagegen viel günstiger für das Leben der Mutter (57,8 pCt. Mortalität).

D. Kossorotow: «Fäulnisserscheinungen an einer 6 Wochen alten Leiche.» (№ 48).

M. Kondaratski: «Die Topographie der Inguinalregion und die Bassini'sche Radicaloperation der Cruralhernien.» (№ 1 und 2).

Sehr ausführliche Beschreibung der anatomischen Verhältnisse, Erläuterung derselben durch Abbildungen.

A. Jurkewitsch: «Zur Aetiologie der croupösen Pneumonie.» (№ 1).

Verfasser weist zunächst darauf hin, dass die Erkältung wohl eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der croupösen Pneumonie spiele, die Anwesenheit der Pneumokokken in der Mundhöhle oder gar in den Bronchen sei für sich allein nicht genügend, um die Infection zu stande zu bringen, es müssen noch prädisponirende Momente, wie z. B. Erkältung, Traumen, schlechte hygienische Verhältnisse vorhanden sein. An der Hand eines Falles beweist Verf., dass auch eine Ueberhitzung des Körpers — die Hyperthermie eine prädisponirende Ursache zur Entwickelung der croupösen Pneumonie abgebe. J. behandelte einen 45 jährigen Herren, der an polyarticulärem Rheumatismus laborirte, mit Salzbädern von 30° R. Eines Tages versuchte Patient ein heisseres Bad zu nehmen und zwar von 38° R., worin er eine halbe Stunde verblieb. In derselben Nacht trat Schüttelfrost und Fieber auf, und bald waren Symptome einer croupösen Pneumonie im linken Unterlappen deutlich ausgesprochen. Verf. meint, dass der Patient möglicherweise Pneumokokken in der Mundhöhle oder irgend wo anders gehabt habe und die Ueberhitzung des Körpers führte die Infection herbei. Jedenfalls müsse man bei allen Krankheiten stark darauf dringen, dass die Patienten ihre Mundhöhle häufig desinficiren sollen.

M. Schwarz: «2 Fälle von Raphanie.» (№ 1).

Verfasser hatte Gelegenheit 2 Fälle von Mutterkornvergiftung zu beobachten und zwar waren es Brüder. Bei dem Einen war bereits Gangrän der linken Zehen eingetreten, bei dem Anderen bestanden: Wakelnder Gang, Gefühl von Ameisenkriechen und Vertaubung in den Fingern, Contractur der Fingerflexoren. In beiden Fällen bewährte sich eine 1%ige alkoholische Nitroglycerinlösung ausgezeichnet (Nitroglycerini (1%) gtt XV. Aquae destillat 180.0 3 mal täglich 1 Esslöffel).

A. Tscherewkow: «Das Behring'sche Diphtherie Heilserum». (№ 2—5).

Ausführliches Referat.

E. Gurin: «Eine schnelle und billige Behandlungsmethode der Schwindsucht». (№ 3—6).

Verfasser hat bereits in den vorigen Jahrgängen dieses Journals seine Behandlungsmethode auseinandergesetzt; das Princip besteht darin, dass nicht ein Desinficiens, sondern mehrere und zwar von verschiedenem Charakter, zur Verwendung kommen; er combinirt z. B. Kreosot mit ätherischen Oelen; neben der internen Behandlung mit Kreosot, Guajacol etc., verordnet er Einreibungen von Campher, ätherischen Oelen etc. Seine Resultate waren recht zufriedenstellend.

J. Trussewitsch: «Zur Frage von der Säure-Autointoxication und der causalen Behandlung der Aphten bei Erwachsenen». (№ 5 und 6).

Auf Grund langjähriger Beobachtung behauptet Verf. dass die Prädisposition zur Aphtenbildung häufig in Familien sich vererbt; jedoch kann man hier nicht von einer Idiosyncrasie sprechen, maasgebend sei vielmehr die in vielen Familien zu beobachtende Gewohnheit des Nachmittagsschlafens, wobei die verdauende Kraft der Magenwand abnimmt (?). Es komme noch hinzu, dass vielfach Speisen zu sich genommen werden, die zur Bildung von Gährungssäuren (Buttersäure, Milchsäure etc.) neigen. Verfasser konnte sich häufig überzeugen, dass die Aphten der Mundhöhle von einem quantitativ und qualitativ anormalen Gehalt an Säuren des Magens abhängen. Verordnet man bei Leuten, die zur Bildung von Aphten neigen, Soda oder alkalische Wasser, so kann man die Aphtenbildung coupiren.

A. Kotzowski: «Zur Casuistik der combinirten Erkrankung von Milzbrandsepticämie mit croupöser Pneumonie.» (№ 6).

A. Tschirikow: «Die Behandlung des Trachoms nach der Methode von Dr. Knapp». (№ 6—9).

An einem ziemlich grossen Material des Militärlazareths zu Wilna hat Verf. das Auspressen der Follikel mittels der von Knapp angegebenen Zange geübt und erzielte sehr gute Resultate, so dass er diese Behandlungsmethode warm empfehlen kann.

A. Bondyrew: «2 Fälle von Tetanie bei Kindern». (№ 7—8).

Casuistischer Beitrag. Abelmann.

Wojenno-medicinski Shurnal. Januar 1895.

(Militär-medicinisches Journal).

A. Kudrjaschew: «Die Osteomyelitis der Kiefer mit einer Uebersicht der Lehre von der Osteomyelitis».

Unter Zuhilfenahme der einschlägigen Literatur schildert Verf. das klinische Krankheitsbild, wobei er namentlich die differentielle Diagnose berücksichtigt; alsdann schildert er die unter seiner Beobachtung gewesenen 12 Fälle (aus der chirurgischen Hospitalklinik des Prof. Ratimow). Als Ursache der Kiefererkrankung konnte man in 8 Fällen Zahncaries nachweisen, in 2 Fällen musste man als ätiologisches Moment eine Infectionskrankheit annehmen; meistentheils sass der Krankheitsherd in den hinteren Molarzähnen. Bezüglich der Therapie räth K. die expectative Behandlung so lange fortzusetzen, bis sich ein Sequester formirt hat, nur auf diese Weise könne man

auf Bildung einer festen Kapsel d. h. auf Erhaltung der Kiefercontinuität hoffen. Treten jedoch schon früher pyämische Erscheinungen auf, oder leidet der Organismus unter der starken Eiterung, dann müsse der Chirurg schon vor der Sequestirung eingreifen.

R. Antonewitsch: «Zur Behandlung der Furunkeln».

An einem grossen Material eines Militärlazareths hat A. die Karbolsäure in Substanz zur Aetzung der Furunkeln angewandt. Theoretisch liess sich Folgendes für diese Behandlungsmethode anführen: 1) Die conc. Karbolsäure ist ein starkes antiseptisches Mittel. 2) Ihre Anwendung muss mit ganz geringen Schmerzen verbunden sein, da sie anaesthetische Wirkung besitzt. 3) Die Karbolsäure dringt ziemlich tief in die Dicke der Haut ein. A. verfuhr folgendermaassen: einige Karbolsäurekrystalle werden bis zum Schmelzen erhitzt, ein Tropfen davon wird auf den Sondenknopf gebracht und damit der in Entwickelung begriffene Herd leicht bestrichen (reibende Bewegung). Das Gefühl des Brennens verschwindet einige Minuten nach der Aetzung. Meistentheils war bei solcher Behandlung bereits am anderen Tage die Schmerzhaftigkeit bei Druck auf den Furunkel verschwunden, derselbe kam gar nicht zur Ausbildung. Diese cupirende Wirkung beobachtete Verf. in Fällen, wo der Furunkel erst 24—48 Stunden bestand; wendet man die Carbolsäureätzung später an, so kann man zwar die Ausbildung des Furunkels nicht hemmen, jedoch wird die Eiterung unter dem Schorf dann ganz schmerzlos.

Repenak: «Zur Behandlung der Nephritiden».

Auf Grund langjähriger Erfahrungen stellt R. folgende Thesen auf: Der Gebrauch verschiedener harntreibender Mittel steht mit den experimentellen Ergebnissen in Widerspruch; einige Diuretica (wie Fructus Juniperi, Balsamum Copaivae, Fructus Petroselini, Oleum Terebinthinae) können sogar unter Umständen schaden. Calomel (0,06 2-stündlich) bewirkt zwar eine Vermehrung der Diurese, allein häufig ist man nicht im Stande schwere Stomatitiden hintanzuhalten. Die Wirkung der Adstringentien, ferner des Fuchsin's, der Salpetersäure ist keine zuverlässige. Die Hydrotherapie (besonders heisse Bäder) besitzt nicht nur eine symptomatische Bedeutung bei Behandlung der Nephritis, sondern häufig auch eine cupirende. Sehr wirksam erweist sich die Milchdiät; die Milch ist bei Nephritis nicht nur ein ausgezeichnetes Nahrungsmittel, sondern auch ein wirksames Diureticum.

A. Kundrjutzkow: «Zur Casuistik der Febris intermittens larvata».

Bei einem Patienten stellten sich Symptome, die an Stenocardie erinnerten, ein. Er bekam ganz plötzlich starke Schmerzen in der Herzgegend, der Puls betrug 54, ausgesprochene Arythmie der Herzschläge. Diese Schmerzen stellten sich jeden 2. Tag ein. Da der Patient früher an Intermittens laborirt hatte, nahm Verf. eine larvirte Form an, verordnete schwefelsaures Chinin in den anfallsfreien Tagen und erzielte völlige Heilung.

Erikson: «Zur Frage von den Parasiten in den Krebsgeschwülsten».

Verfasser hat eingehende mikroskopische Studien angestellt und spricht sich entschieden für die Anwesenheit eines Parasiten im Krebsgewebe aus, derselbe bedingt nach Erikson die Entwickelung des Carcinoms. Der reife Parasit hat das Aussehen eines länglichen Körpers mit einem kleinen Strich im Inneren und mit einem spitz zulaufenden Ende; die embryonale Form ist ein gekrümmtes Stäbchen, von einem Hof umgeben.

Abelmann.

Eshenedelnik. № 46—52, 1894. № 1—6, 1895.

S. Rechtsamer: «Die therapeutische Anwendung der Hypnose». (№ 46 und 47).

Die Hypnose zeichnet sich von der Psychotherapie im gewöhnlichen Sinne nur dadurch aus, dass die Fähigkeit des Kranken für suggestive Einflüsse auf künstliche Weise erhöht ist. In der Hand eines erfahrenen Arztes involvirt die Hypnose keinerlei Gefahren. R. beschreibt einen Fall von Hypnosomanie bei einer Frau, die vier Wochen hindurch wegen Kopfschmerzen und Verdauungsträgheit mit Erfolg hypnotisirt wurde. Nach Beendigung der Cur verlangte Pat. wieder hypnotisirt zu werden und als dieses verweigert wurde, liess sie sich von einer Freundin hypnotisiren, jedoch nur zum Schaden der Kranken. Hierauf suggerirte ihr R., dass nur er sie hypnotisiren könne und dass sie den Wunsch hypnotisirt zu werden, aufgeben solle.

Bei aufgeregten Zuständen muss man die Hypnose vermeiden. Verf. wendet meist die Verbalsuggestion an und zwar immer in Anwesenheit einer dritten unbetheiligten Person. Die hypnotische Behandlung richtet sich hauptsächlich gegen functionelle Neurosen, doch lassen sich auch Erfolge symptomatisch erzielen, so z. B. bei den crises gastriques der Tabes dorsalis. Gegen die Epilepsie erwies sich die suggestive Behandlung nur vorübergehend von Erfolg. Einen interessanten Fall hypnotisirte Verf. mit Erfolg: es handelte sich um einen 14 jährigen Jungen der an krampfartigen Zuckungen der Exspirationsmuskeln und der von den Nerven Vagus, Hypoglossus und Facialis versorgten Muskeln litt. Es wurde angenommen, dass die Reizerscheinungen auf einer Schwäche eines Theiles des motorischen Apparates beruhen. Die hypnotische Behandlung befreite Pat. von den lästigen Zuckungen. Beobachtungsdauer 2 Jahre. Zum Schluss folgen die statistischen Angaben verschiedener Autoren in Bezug auf die Empfänglichkeit.

M. Kreps: «Die Cystoscopie und die übrigen Untersuchungsmethoden der Harnwege.» (№ 48).

Es ist irrthümlich, dass Plattenepithelien der Blase, geschwänzte Zellen dem Nierenbecken etc. entstammen. Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass die Harnwege vom orificium ext bis zu den Nieren besäht sind mit Zellen der verschiedensten Art und starke Tendenz besitzen zur Metaplasie. Als Bedingung für eine erfolgreiche Cystoscopie werden hingestellt: 1) die urethra muss durchgängig, resp. bestehende Verengerungen dilatirt werden. 2) Die Blase muss mindestens 100 Gramm Flüssigkeit fassen können, damit die von dem Glühlicht ausstrahlende Hitze paralysirt werden kann. 3) Der Inhalt der Blase muss klar sein. Das Cystoscop ermöglicht die Untersuchung der Blasenschleimhaut und des Blasenhalses auf Fissuren, geschwürige und catarrhalische Processe, auf die Ausbreitung und den Character der letzteren, auf Divertikel, die Grösse und Beschaffenheit der Oberfläche von Steinen, Neubildungen und Fremdkörper (Seidenligaturen). Dadurch, dass man die Mündung der Uretheren zu Gesichte bekommt und die Beschaffenheit des Urins aus jedem einzelnen derselben mit dem Auge controlliren kann, lässt sich ein Schluss auf die Erkrankung der einer oder anderen Niere ziehen.

M. Günzburg: «Casuistisches. Diagnostische Aufgaben in der Geburtshilfe und Gynäcologie». (№ 49).

Der erste Fall betrifft eine Mehrgebärende, die am 12. Tage nach der Geburt heftige Schmerzen im Knie- und Schultergelenk (Recidiv eines Gelenkrheumatismus) und bald darauf Erbrechen und Schmerzen im Unterleib bekam. Die combinirte Untersuchung sehr schmerzhaft, Scheidengewölbe frei im späteren Verlauf Schmerzhaftigkeit im Epigastrium und Temperatur 40°. Die Peritonitis wird als Complication des Gelenkrheumat. aufgefasst und eine puerperale Infection ausgeschlossen.

Der 2. Fall wird Pseudo-erysipelas hydrargyrosum benannt. Bei einer Kranken, die nach Behandlung einer Blepharitis mit Hydrarg oxyd. rubr. einen erythemartigen Ausschlag bekam, wurde von diesem wieder befallen am 2. Tage nach der Geburt in Folge einer Ausspülung mit Sublimat.

Im dritten Falle handelte es sich um einen acut aufgetretenen Pruritus pudendorum, mit dem sich Masern einleiteten.

M. Schiperowitsch: «Die therapeutische Bedeutung organischer (animalischer) Extracte.» (№ 50 und 51).

Seit der Brown-Séquard'schen Testikelemulsion ist der Pfad der Gewinnung therapeutischer Factoren aus organischem Gewebe betreten und wird weiter verfolgt. Als Substrat zur Gewinnung dieser Heilfactoren dienen das Gehirn, die Schilddrüse, der Hoden, die Bauchspeicheldrüse, Milz, Nieren und Nebennieren, Muskeln, Knochenmark, Herz-, Nerven und Eierstöcke. Die Einverleibung derartiger animalischer Extractformen bezweckt dem Organismus physiologische Elemente zuzuführen, deren Mangel in Folge von destructiven Processen, Functionsuntüchtigkeit oder Entfernung eines Organes (Schilddrüse, Hoden) Störungen allgemeiner Art im Organismus zur Folge hat.

Die Brown-Séquard'sche Emulsion kann, wenn sie überhaupt therapeutisch von Nutzen gewesen ist, nur auf suggestivem Wege ihre Wirkung entfaltet haben, ähnlich wie die Quellen von Lourdes.

Das Cerebrin, ein Extract aus der Gehirnsubstanz, wurde zuerst von Babés bei Epilepsie, Neurasthenie und Melancholie angewandt, später von anderen Autoren bei Tabetikern, Anämischen und psychischen Störungen. Zur Herstellung des Cerebrins werden 15 Gramm der grauen Hirnsubstanz (Kleinhirn, corp. striata, Hemisphärenrinde) eines Schaafbackes in kleine Stücke geschnitten und in einer Mischung von Glycerin und Wasser ⩦ 75,0 erweicht, später filtrirt. 2—5 Cbcm. werden injicirt. Das Ovarin, aus den Ovarien hergestellt, führte

die Gemahlin Brown-Séquard's in den therapeutischen Schatz ein und wandte das Mittel bei allen möglichen Leiden des weiblichen Genitalapparats an, will sogar einen Uterusprolaps geheilt haben. Andere Autoren wollen das Ovarin nach Hysterectomien, Ovariotomien und Oophorectomien angewandt wissen. Noch weniger vetrauenerweckend sind die Angaben bezüglich der Anwendung der Extracte aus der Milz bei fieberhaften Erkrankungen nach Brown-Séquard aus den Muskeln bei allgemeiner Muskelschwäche, den Lymphdrüsen und Milz bei Anämie, Chlorose und Erkrankungen des Lymphsystems, aus dem Knochenmark bei perniciöser Anämie (1 Fall von Fraser) und multipeln Lymphadenomen (1 Fall von Mokalister).

Der experimentell nachgewiesene nahe Zusammenhang zwischen der Bauchspeicheldrüse und der Glycosurie liess die Hoffnung aufkommen, die Diabetes mit Pancreas-Saft behandeln zu können, leider hat es sich practisch nicht bewährt. Der Nebennieren Extract ist auf Gesunde ohne Wirkung. Dagegen sind die Resultate mit Fütterung von Thyreoidea zweifellos von Erfolg gekrönt. Dieses bezieht sich besonders auf die Behandlung des Myxoedems, während dieselbe auf den morbus Basedowii ohne Einfluss ist. In Extractform wird der Thyreoidea-Saft zu 10—15 Tropfen oder 2—8 Gramm der Drüse in Substanz roh verordnet, schliesslich in Pastillenform (Withe).

J. Günzburg: «Ueber die Indication zum Gebrauch des Creosot». (№ 52.)

Ausser der Lungentuberculose, besonders im Anfangsstadium derselben, wendet G. Creosot bei grippösen Pneumonien, namentlich denen mit verschleppten Verlauf an. Demnächst verordnet Verf. Creosot bei Gährungsvorgängen im Magen als Antisepticum, bei Atonie und Obstipation.

M. Schiperowitsch: «Zur Frage über die Bedeutung der Bandwürmer bei der Entstehung der progressiven, perniciösen Anämie.» (№ 1).

Es werden die Beziehungen der Helminthiasis zu der progressiven perniciösen Anämie und die gangbaren Theorien besprochen. Der Stoffwechsel der Parasiten trägt nicht die Schuld, vielmehr dient Anwesenheit derselben als ein disponirendes Moment zum Eindringen eines uns bisher unbekannten Agens, welches in einigen Fällen die Anämie hervorruft. Zwei Krankengeschichten werden angeführt.

J. Stein: «Ueber die Anwesenheit von Fremdkörpern im Organismus und die Methoden der Entfernung derselben». (№ 2).

Verf. beschreibt den Charakter der Fremdkörper, wo dieselben am häufigsten vorkommen etc. Am häufigsten sind abgebrochene Nadeln und Fremdkörper in Auge.

K. Bobritzky: «Choleraepidemie und die Maassregeln gegen dieselbe 1893.» (In der Umgegend von Petersburg). (№ 3.)

Im Umkreise von Petersburg erkrankten 974 Menschen, von denen 391 starben. Im Uebrigen bietet der Aufsatz mehr locales Interesse.

O. Resnikow: «Zur Frage über den Einfluss von Herzkrankheiten (Herzfehler) auf die Menstruation.» (№ 4.)

Herzfehler führen zur passiven Hyperämie in den verschiedenen Organen, so auch im Uterus. Die Hyperämie führt zu einem catarrhalischen Zustande der Schleimhaut. Ebenso geben Gefässveränderungen Anlass zu Blutungen. Der Menstruationstypus kann dabei ein mehrfacher sein, die Menses erfolgen entweder 2—3 wöchentlich, aber nicht reichlich oder in physiologischen Intervallen reichlich. Bei 46 pCt. Herzkranker beobachtet man Meno- und Metrorrhagie, in 38 pCt. normale Menstruationsverhältnisse und in 16 pCt. Amenorhoe. Die Behandlung besteht in Ruhe, Verabfolgung von Cardiacis und Scheidentamponade. Abrasio uteri führt bei diesen Fällen zu keinem Resultat.

E. Libersohn: «Zur Casuistik der Vergiftung mit Carbolsäure.» (№ 5).

Es wird von der Anwendung der Carbolsäure in der geburtshilflichen Praxis gewarnt, ebenso vor dem Gebrauch der Carbolcompressen. Bei einer recht schlecht genährten Wöchnerin (am Ende der 2. Woche) mit einer Mastitis wurde eine Carbolcompresse (¹/₄ des Inhaltes einer circa 400,0 Grm. fassenden 5% Lösung wurde mit 2 Glas Wasser gemischt) angelegt. Nach zehn Stunden fand Verf. die Kranke in einem desolaten Zustande: kaum fühlbarer Puls, kalter Schweiss, Erbrechen, weite Pupillen, Anurie. Diese Erscheinungen bringt Verf. in Zusammenhang mit der Carbolcompresse und nimmt an, dass Carbol auch von der intacten Haut resorbirt wird, wobei in diesem Fall auch Idiosyncrasie bestanden haben mag.

S. Warschawsky: «Ueber die Complicationen der Gonorrhoe und den pathogenetischen Zusammenhang derselben mit den Neisser'schen Gonococcen.» (№ 6.)

Alle Complicationen, welche sich auf die Geschlechtsorgane und deren Nachbarschaft beziehen, werden besprochen. Alsdann geht Verf. auf die Beschreibung der Complicationen in den entfernten Körpergebieten über. Hierher gehören die Erkrankungen der Gelenke, Sehnenscheiden, Schleimbeutel, Knochenvorsprünge (z. B. proc. styl. radii, os calcanei), dann der Nervenstämme und Meningen, der Haut in Form von urticaria ähnlichen Ausschlägen, endlich die Endocarditis und seltener Myocarditis. Alle diese Complicationen sind das Resultat der Infection durch Eiter- und Trippercoccen. In einer grossen Anzahl von Fällen findet man im Trippersecret nur Gonococcen, keine Streptococcen und erstere stehen in directem pathogenetischem Zusammenhang mit allen möglichen Complicationen.

Lingen.

Medicina. № 1 und 2.

A. Allik: «Chemische Analyse des Kumys in den kaukasischen Mineralbädern.» (№ 1, 3, 4 und 5).

Nach vergleichenden Untersuchungen von verschiedenen Kumyssorten, die A. im Laboratorium bei der Essentucki'schen Ambulanz des Prof. S. Wassiljew ausführte, kommt er zu folgendem Resumé: 1) Die Eiweissbestimmung mit NaCl nach Pribram ist ungenau, da ein Theil der Eiweisskörper nicht niedergeschlagen wird, sondern in das Filtrat übergeht. Dagegen giebt die vom Autor angewandte Methode mit neutraler schwefelsaurer Ammonlösung genauere Resultate. 2) Die Zuckerbestimmung in der Milch mit Fehling'scher Lösung nach Fällung des Eiweisses durch Kochsalz giebt zu grosse Ziffern, da der in das Filtrat übergegangene Theil des Eiweisses sich mit dem Cu verbindet. Aus diesem Grunde hat A. zuerst das Eiweiss durch Phosphorwolframsäure entfernt und im klaren Filtrat den Zucker mit Fehling bestimmt. 3) Die Milchsäure kann im Kumys direct bestimmt werden ohne vorherige Entfernung des Eiweisses. 4) Die Güte des Kumys hängt nicht vom Ort der Zubereitung ab, da sowohl in Südrussland als in Petersburg gleichwerthiger Kumys erhalten werden kann. 5) Durch Beifügung von Hefe wird die alkoholische Gährung des Milchzuckers beschleunigt. 6) Pepton, im Sinne Kühne's, findet sich nicht im Kumys.

M. Halberstam: «Die kaukasischen Mineralbäder in der Saison 1894». (№ 1 und 2).

Kurze Zusammenstellung der wichtigsten Veränderungen im letzten Jahre.

S. Rawnitzky: «Zur Kasuistik der Mischinfectionen.» (№ 2).

R. theilt 4 einschlägige Fälle aus seiner Praxis mit. Im ersten war ein 3-jähriges Kind am Scharlach erkrankt, zu dem sich am siebenten Tage erysipelatöse (?) Röthung der Brustgegend hinzugesellte, die nach 6 Tagen zur Nekrose von der Grösse einer Kindshand führte. R. fühlte sich veranlasst das nekrotische Stück bis auf die Brustmuskeln zu excidiren, konnte jedoch den Tod des stark heruntergekommenen, hydropischen Kindes durch diesen energischen Eingriff nicht hintanhalten. Im zweiten Fall handelte es sich um ein 4-jähriges Mädchen, das gleichzeitig Keuchhusten und leichten Scharlach durchmachte, wobei kein Einfluss der einen Erkrankung auf die andere beobachtet werden konnte. Der dritte, 2jährige Patient (Bruder des vorigen) war ebenfalls an Scharlach erkrankt, zu dem sich bald Pertussis hinzugesellte. Am 16. Tage nach Beginn des Scharlach trat «wohl in Folge von Aufregung» (?) Temperaturerhöhung und ein leichtes Masernexathem auf. R. schliesst daraus, dass der vorangehende Scharlach den Verlauf der Masern abgekürzt und gemildert hat. (Ref. hat leider oft genug das Gegentheil beobachten können). Aus der Krankengeschichte des vierten, 42-jährigen Patienten ersieht man, dass ein an schwerem Gesichtserysipel am 4. Tage anschliessender acuter Gelenkrheumatismus ein Schwinden des ersteren zur Folge hatte.

(Ref. meint, dass gerade zur Kasuistik der Mischinfectionen möglichst genaue und zuverlässige Krankengeschichten veröffentlicht werden müssten).

Weyert.

Дозв. ценз. Спб. 30 Марта 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 4. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1895.

Wratsch. № 1 – 8.

J. Tschudnowsky: «Wie steht es mit der Homöopathie, existirt sie überhaupt.» (№ 1).

Veranlasst durch die Lectüre des W. Dericker'schen Werkes über Homöopathie, über das Verf. sich officiell aussprechen musste, kommt Tsch. auf dieses Thema zu sprechen. Er spricht der Homöopathie jede wissenschaftliche Berechtigung ab, bezeichnet dieselbe als Verirrung und macht auf das Unlogische und Unrichtige dieser «Lehre» aufmerksam.

L. Bellarminow: «Ueber die Herabsetzung der Preise von in der augenärztlichen Praxis gebräuchlichen Instrumenten.» (№ 1).

W. Moltschanow: «Einige Bemerkungen in Anlass der Diphtherieepidemie in Schlüsselburg.» (№ 1).

M. beobachtete im Herbst 1894 in Schlüsselburg (bei Petersburg) 39 Diphtheriefälle, von denen 8 starben. Alle wurden nur local behandelt, das Diphtherieserum stand Verf. nicht zur Verfügung. Verf. macht darauf aufmerksam, dass, wie bekannt, der Charakter der Epidemien ein sehr verschiedenartiger ist: es sind Statistiken bekannt mit 93, 83, 75 pCt. Genesung etc. Bei der Anwendung des Heilserums liegt die Gefahr vor, dass dieser Umstand übersehen und Alles nur der Anwendung dieses zugeschrieben werde.

M. Lunkewitsch: «Die Farbenreaction auf Salpetersäure in Choleraculturen, wie auch bei denen einiger anderer Bacillenformen.» Vorl. Mitth. (№ 1).

Das von Ilosvay angegebene Reactiv (Naphtylamin 0,1 in 90 Grm. destillirten Wassers und Sulfanilsäure in 150 Grm. verdünnter Essigsäure) bewährt sich aufs Beste. Choleraculturen auf Bouillon nehmen bei Zusatz dieses Reactivs eine rothe Farbe mit einer Nuance ins Gelbliche, solche auf Pepton eine rubinrothe Farbe an. Bei den Plattenculturen nehmen die Colonieen eine helle Rubinfarbe an. Stich- und Plattenculturen anderer Bacterienarten, welche die Salpeterreaction nicht geben, lassen auch diese Erscheinungen vermissen, so der Bacillus Müllers, Finkler und Priors etc. Der Bacillus Menschikowii giebt eine schwächere Reaction. Das Bacterium coli commune verhält sich positiv, der Typhusbacill, der Erysipelcoccus, der Anthraxbacill, Staphylococcus albus und aureus dagegen negativ dem neuen Reagenz gegenüber. Die Reaction tritt in wenigen Secunden ein, ist 6—12—24 Stunden nach der Impfung anwendbar und zwar bei Gelatine und Peptonculturen.

W. Neschell: «Ein Fall von Symphyseotomie.» (№ 1).

Eine 30-jährige VI. Gebärende war drei Mal unter Narcose operativ entbunden, ein Mal Perforation (Verf.) über die beiden anderen Operationen konnte die Frau keine Auskunft geben. Bei der 6. Geburt: Steisslage, keine Herztöne, stark hervorragendes Promontorium; Maasse D. sp. = 25, D. cr. = 28, D. tr. = 31, Conj. ext. = 19, Conj. diag. = $8^3/_4$, Conj. vera = 7. Mit grosser Anstrengung gelang es die Frucht bis zum angul. scap. herabzuziehen, weiter auf keine Weise. Symphyseotomie, distantia interpubica $1^3/_4$ Ctm., jetzt gelingt die Extraction eines grossen Kindes mit einem Kopfumfang von 35 Ctm. Naht der Wunde, Annäherung der Symphysenenden durch Binden. Während des Puerperiums 10 Tage Fieber. Entlassung am 28. Tage, keine Beweglichkeit der Beckenknochen beim Gehen.

W. Wissokowitsch: «Ueber einige den Gonococcen ähnelnde Micrococcenformen.» (№ 2).

Bei Urethritiden, aber auch «an anderen Stellen» findet man in dem Protoplasma der Eiterkörper den Staphylococcus aureus, albus und citreus. Diese haben in ihrer Anordnung etc. eine frappante Aehnlichkeit mit den Gonococcen, unterscheiden sich aber in der Färbbarkeit nach der Methode von Gram. Zu einer sicheren Feststellung genügt die microscopische Untersuchung nicht, sondern die bacteriologische muss zu Hilfe genommen werden. Verf. untersuchte einen Fall von eitriger Meningitis bei einem 17-jährigen jungen Mann. Die eitrige Flüssigkeit aus den Seitenventrikeln zeigte bei microscopischer Untersuchung eine Menge Coccen, die innerhalb der mehrkernigen Leukocyten lagen zu 1—2 aber auch zu 10—15 Stück und eine grosse Aehnlichkeit mit den Gonococcen hatten. Bei der Behandlung mit Alkohol nach der Gramschen Färbung zeigte sich, zum Unterschied von den Gonococcen, dass sie sich entfärben, aber nicht so leicht wie diese. Die Colonieen hatten das Aussehen der Staphylococcus-colonieen mit orangegelber Färbung, daher nennt Verf. den von ihm gefundenen Micrococcus: Staphylococcus meningitidis aurantiacus.

P. Frolow: «Ein Fall von üppig gewucherten spitzen Condylomen auf den weiblichen Geschlechtstheilen.» (№ 2).

Bei einer 22-jährigen virgo fand sich an den grossen Labien eine zwei faustgrosse Geschwulst, die im Laufe von 6 Wochen entstanden und von lappiger Oberfläche, grau-rother Farbe war, bedeckt von einem eitrigen stinkenden Secret. Die einzelnen Läppchen werden durch warzenartige Gebilde zusammengesetzt. In dem Ausfluss wurden Neissersche Gonococcen nachgewiesen. Operative Entfernung.

A. Sack: «Adeps lanae. Ein neues Constituens für Salben und die Bedeutung desselben für die dermatologische Praxis.» (№ 2).

Adeps lanae hat bedeutende Vorzüge vor Lanolin, eignet sich besonders zur Bereitung von Kühlsalben und dient als vorzügliches Bindemittel für Substanzen, die sich sonst schwer in eine Salbenconsistenz bringen lassen. Bei allen möglichen Affectionen der Haut, Eczemen, Pruritus, Sycosis, Erythema nodosum etc. wird es angewandt. Um die Salbe etwas weicher zu machen wird Olivenöl, Paraffin od. ein anderes Oel hinzugefügt. Zum Schlusse werden mehrere Recepte angeführt.

N. Wassiljewsky: «Zur Frage über den Einfluss der Volksschulen auf die Gesundheit und die physische Entwickelung der Zöglinge nach Beobachtungen an Besuchern der Dorfschulen des Kowrowskyschen Kreises im Lehrjahr 1893—1894.» (№ 2—3).

Statistisches Material tabellarisch geordnet. Dasselbe bezieht sich auf Maasse des Brustumfanges in den verschiedenen Lebensaltern, die Frequenz der Erkrankungen etc. Die physische Entwickelung zeigt mit jedem Schuljahre eine wachsende Verschlimmerung.

D. Schbankow: «Einige Worte über die proffessionellen medicinischen Schulen.» (№ 3).

Die Moskauer und Petersburger medicinische Schule differiren in einigen Punkten mit einander: erstere betont in erster Linie die subjective Untersuchung d. h. das Ausfragen des Patienten, diese legt das Hauptgewicht auf die objective Untersuchung. Die Hauptvertreter dieser Schulen sind S. Botkin (Petersburg, gest.) und Sacharjin (Moskau).

F. Skorodumow: «Der Einfluss der Milchdiät auf die Gährung im Darm bei gesunden Menschen». Vorl. Mitth. (№ 4).

Die Gährung wird bei der Milchdiät herabgesetzt, dabei ist eine Gewichtsabnahme des Körpers zu constatiren. Die Menge der unoxidirten Stoffe, wie der Leucomaine im Harn ist herabgesetzt, ebenso der Gehalt an Schwefel, dagegen sind neutrale Schwefelverbindungen in reicherem Maasse vertreten. Die absolute Menge der Aetherschwefelsäuren ist vermindert.

R. Katz: «Ueber die Ermüdung des Auges und die Methode der Bestimmung des Grades derselben.» (№ 4 und 5).

Die asthenopischen Beschwerden beruhen entweder auf Abnormitäten des Muskel und Accomodationsapparates oder auf übermässiger Empfindlichkeit der Netzhaut fürs Licht. Als vierte Form könnte man die Art asthenopischer Beschwerden rechnen, die bei chronischer Conjunctivitis entsteht. Der Grad der Empfänglichkeit der Netzhaut fällt zu Beginn der Ermüdung anfangs ziemlich rasch, später langsamer. Dass die Netzhaut bei der beständigen Inanspruchsnahme ihren Dienst nicht versagt, findet in folgenden 3 Factoren seinen Grund: der sich wiederholende Lidschlag, die Bewegung der Augäpfel und die beständige Veränderung der Entfernung des zu betrachtenden Gegenstandes (Fick). Der vermehrte Lidschlag deutet direct auf eine Ermüdung des Auges, so dass die Zahl desselben in der Minute als ein Gradmesser für die Ermüdung

des Auges dienen kann, wenn man auf folgende Punkte seine Aufmerksamkeit richtet: Conjunctivale Reizung und nervöse Erkrankungen, wie Veit'stanz etc. müssen ausgeschlossen werden, die Untersuchungsdauer muss sich bei vergleichenden Untersuchungen auf den gleichen Zeitabschnitt erstrecken, der Gegenstand, mit dem man sich beschäftigt, muss ein und derselbe sein, vor der Untersuchung ist eine kurze Erholungszeit einzuhalten. Zur Feststellung der Anzahl des Lidschlages in einem gewissen Zeitabschnitt kann der Marey'sche Myograph dienen, der in hier nicht näher zu beschreibenden Weise die Zahl des Lidschlages graphisch projicirt. Diese wurde bei verschiedener Beleuchtung notirt und betrug in einem Fall bei electrischer Beleuchtung in den ersten 5 Min. 5, in den folgenden 5 Min. 13; bei Gasbeleuchtung in den ersten 5 Min. 9, in den folgenden 19; bei kärglichem Tageslicht 25 und 43, bei gewöhnlichem Tageslicht in der ersten 1/4 Stunde 20, in der zweiten 1/4 Stunde 34. Aus diesen Aufzeichnungen lässt sich ein recht zutreffender Schluss auf die Ermüdbarkeit der Retina ziehen.

N. Chrjhonschtschewsky: «Programm der Section des ärztlichen Standes auf dem VI. Pirogowschen Aerztecongress in Kiew.» (№ 4).

W. Kernig: «Ueber subcutane Injectionen von Solutio Fowleri.» (№ 1—5).

Auf dem X. internationalen Congress in Berlin 1890 hat Verf. zum ersten Mal proponirt Arsen bei Anämischen in subcutaner Form zu appliciren in Fällen, wo dieses wegen Eintretens von Verdauungsstörungen per os genommen, nicht vertragen wurde. In den letzten Jahren hat Verf. eine Reihe von Fällen dieser Behandlung unterzogen. Es wird täglich eine halbe Pravaz'sche Spritze von einer Mischung Sol. Fowleri 1 Theil. und Aq. dest. 2 Theile injicirt. Die Zahl der Injectionen war verschieden, erreichte 80, in einem Fall 151. In einer Anzahl von Fällen war der Gebrauch von Arsen wegen Magen-Darmcatarrhen contraindicirt, während die subcutane Einverleibung dieses Mittels das Allgemeinbefinden hob und entschieden von Nutzen war in 12 Fällen. Bei einer 2. Reihe von Patienten wurde mit der subcutanen Injection (5—12 mal) der Anfang gemacht, später mit der Verabreichung per os fortgefahren (10 Fälle). Hier hätte man durch Abwarten vielleicht kostbare Zeit verloren und sich ein Versäumniss zu Schulden kommen lassen. Bei einer 3. Gruppe führten die subcutanen Injectionen zu keinem Ziel, beeinflussten den Krankheitsverlauf in keiner Weise und wurden nur als ultimum refugium in verzweifelten Fällen angewandt. Dazu gehören 12 Fälle. Die meisten Autoren vertreten die Ansicht, dass das Arsen subcutan schneller und stärker wirkt, als per os. Gewöhnlich ist die innerlich gereichte Dosis grösser, als die subcutan verabfolgte (innerl. im Laufe des zweiten Monates 10 Tropfen täglich, subcutan 0,16 Sol. Fowleri = 3—4 Tropfen). Jedenfalls hat die gleiche Quantität der Lösung subcutan od. per os applicirt die gleiche Wirkung.

A Ignatowsky: «Ueber die fettige Degeneration des Herzmuskels und der Körpermusculatur bei Phosphorvergiftung nebst einigen Bemerkungen über den Bau der quergestreiften Muskeln. Experimentelle Untersuchung.» (№ 4 und 5).

Die Muskelfibrille ist kein einheitliches Ganze, sondern setzt sich, wie Virchow nachgewiesen, aus feinen Körnchen und einer dieselben verbindenden Protoplasmamasse zusammen. Um die Verhältnisse bei Phosphorvergiftung zu studiren, injicirte Verf. Katzen, Kaninchen und einem Hunde in verschiedenen Intervallen 0,016 Phosphor subcutan. Die in Altmanscher Flüssigkeit gehärteten Herzen zeigten folgende Veränderung: die ersten Zeichen einer fettigen Degeneration sind bereits am ersten Tage nachweisbar. Die mit Osmiumsäure schwarz gefärbten Körnchen treten in der Folge immer deutlicher und zahlreicher hervor, während die Fibrillen dem Zerfall unterliegen. Diese im Herzmuskel frühzeitig auftretenden Veränderungen werden in der Musculatur des Sceletes erst später beobachtet, weil, wie Verf. annimmt, bei den im Käfig gehaltenen Thieren die Körpermusculatur unthätig war, der Herzmuskel aber arbeitete wie unter normalen Verhältnissen.

N. Wedensky: «Ueber den functionellen Unterschied zwischen einem normalen und einem «nervlosen» Muskel.» (№ 5).

Ein unter dem Einfluss von Curare stehender Muskel ist in physiologischem Sinne ein nervloser. Der normale Muskel reagirt mehr auf den Reiz des aufsteigenden, der nervlose im Gegentheil auf den des absteigenden Stromes.

N. Westernik: «Ueber die medicamentöse Bedeutung der Ephedra vulgaris.» Vorl. Mitth. (№ 6).

Die Blätter der Ephedra vulg. geniessen in Russland unter dem einfachen Volk den Ruf eines untrüglichen Heilmittels. Die ersten klinischen Untersuchungen stellte Bechtin an, der die Blätter in Form eines Infus-Decoctes (4,0:200,0) Patienten mit acutem Gelenkrheumatismus verabfolgte und zwar mit sehr gutem Erfolg. W. wandte das Mittel — anfangs 4,0—15,0 neben localer Behandlung, später 15,0—40,0 pro die ohne locale Behandlung — bei acutem, subacutem und chron. Gelenkrheumatismus, bei exsudativer Pleuritis und bei Magencatarrhen an. Der Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus wurde in keiner Weise abgekürzt, beim subacuten und chronischen Gelenkrheumatismus schien das Mittel die Schmerzen weniger empfindlich zu machen, ohne auf den localen Process von Einfluss zu sein; ebenso blieb die Pleuritis unbeeinflusst. Bei Anwendung der Ephedra vulg. bei Herzkranken hat Verf. eine Verschlimmerung des Zustandes beobachtet. Hin und wieder beobachtet man bei Verordnung grosser Dosen Uebelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Oppression, Herzklopfen; der Blutdruck blieb unbeeinflusst.

P. Haller: «Schwere Folgeerscheinungen nach Injection des antidiphtheritischen Heilserums v. Behring.» (№ 6).

Einem 8-jährigen Knaben, wurde nach Ablauf von kaum 24 Stunden seit den ersten Anzeichen einer Erkrankung, Behrings Heilserum № II in einer Quantität von 8,5 Cbcm. injicirt: nach anfänglichem Abfall der Temperatur, stieg diese wieder, es wurde nochmals 6 Cbcm. Heilserum № II injicirt, der Knabe genas bald. 8 Tage nach der Injection bildete sich ein Ausschlag, der sich über den ganzen Körper verbreitete, später bildeten sich Petechien und Bluttransudate unter der Haut und es stellte sich eine Parese der unteren Extremitäten, Schwellung des linken Kniegelenkes, Paraesthesieen und hochgradige Schmerzhaftigkeit des ganzen Körpers bei jeder activen und passiven Bewegung ein. Nachdem diese Erscheinungen mehr oder weniger geschwunden waren, stellte sich intermittirender, arythmischer Puls ein, doch bald trat vollkommene Genesung ein. Eine Erklärung für diese Erscheinung sucht Verf. darin zu geben, dass er eine Zerstörung der rothen Blutkörperchen annimmt in Folge der Injection des Serums; diese veranlasst Bildung von Petechien, Bluttransudaten wie unter der Haut so auch auf den Hirnhäuten oder in der Hirnsubstanz (daher die Paresen). Beim Vater des Pat., der gleichfalls an Diphtherie erkrankte und mit dem Heilserum behandelt wurde, zeigte sich auch ein Exanthem, andere Erscheinungen wurden aber nicht beobachtet.

J. Gabrilowitsch: «Ueber die Wirkung der Injectionen des Antiphthisins (Klebs) bei chronischer Tuberculose der Lungen.» Vorl. Mitth. (№ 6).

Anfangs wird nur 0,05 Cbcm. der Lymphe injicirt und zwar in 3 oder 6 tägigen Pausen, auf diese Weise lassen sich alle Reactionserscheinungen vermeiden. Für ein specifisches Heilmittel hält Verf. das Antiphthisin nicht, wohl aber hat er eine auch objectiv nachweisbare Verbesserung des Zustandes beobachten können.

W. Rasumowsky: «Die temporäre Resection der Nase nach Ollivier zwecks Entfernung von Tumoren aus der Nasenhöhle und dem Nasenrachenraum.» (№ 6 und 7).

Die Resection der Nase nach Ollivier ist verhältnissmässig selten in Russland zur Anwendung gekommen. Verf. hat 6 Fälle nach dieser Methode operirt, 2 mal zwecks Entfernung von Nasenpolypen aus der Nasenhöhle, 4 mal aus dem Nasenrachenraum. Im letzteren Fall räth R. eine Tracheotomie vorauszuschicken wegen Gefahr des Blutabflusses in die Luftwege. Nur wenn die Geschwulst nachgewiesenermassen von geringem Volumen, die Insertionsstelle keine breite ist und die Operation rasch ausgeführt werden kann, verzichtet man auf die Tracheotomie, im entgegengesetzten Fall ist dieselbe dringend indicirt. Die Operationsmethode nach Ollivier wird genau beschrieben und die Krankengeschichten der 6 vom Verf. operirten Fälle angeführt. Zur Entfernung der Geschwulst ist der galvanocaustischen Schlinge vor dem Ecraseur oder vor schneidenden Instrumenten der Vorzug zu geben. Das cosmetische Resultat der Ollivier'schen Operation ist ein völlig befriedigendes.

W. Grusdew: «Zur Frage über die einmalige (einfache) Unterbindung der Nabelschnur.» (№ 7, 8, 9).

Die fürs Gewöhnliche angeführten Gründe für eine doppelte Unterbindung der Nabelschnur sind nicht stichhaltig, die Anschauung, dass durch verhinderten Blutabfluss in Folge doppelter Ligatur die Placenta ein grösseres Blutquantum enthält und sich daher leichter ablöst, beruht auf irrthümlichen Ueberlegungen. Um der Entscheidung dieser Frage näher zu kommen, stellte Verf. diesbezügliche Versuche an 130 Gebärenden in der Nachgeburtsperiode an. Er unterband nur das kindliche Ende der Nabelschnur, wobei er bei einer Gruppe sich jedes Eingriffes enthielt, bei einer anderen die Expression der Placenta sofort vornahm, bei einer dritten in die Placenta durch die Nabelvene Wasser injicirte. Dabei wurde bei den

beiden ersten Gruppen das aus der Nabelschnur abfliessende Blut gesammelt und gemessen. Bei der zweiten Gruppe betrug durchschnittlich das Blutquantum 220 Grm. und machte 12,3% des Gewichtes des Mutterkuchens aus. Bei dieser Methode — einfache Unterbindung der Nabelschnur und sofortige Expression der placenta ist jedenfalls zwei Anforderungen Genüge gethan: die abgekürzte Nachgeburtsperiode und der geringe Blutverlust. Ob sich dieses Verfahren als das idealste realisirt und einbürgert, kann bei dem immerhin nicht genügend grossen Versuchsmaterial nicht entschieden werden. Jedenfalls gab die zweite Versuchsreihe — einmalige Unterbindung des Nabelstranges mit absolut expectativem Verhalten — wobei gewartet wurde, bis die placenta spontan geboren wurde kein günstiges Resultat. In diesen Fällen war der Blutverlust beträchtlicher (durchschnittlich 622 Grm.). Bei der dritten Gruppe wurde verschieden temperirtes Wasser in die Nabelvene injicirt (180—360 Grm.). Wenn mässige Menge kalten Wassers eine Beschleunigung der Placentarablösung hervorrufen, so ist diese Erscheinung auf den thermischen Reiz zu beziehen. Injicirt man grössere Mengen (etwa 300—360) so tritt die Placentarablösumg durchschnittlich rascher ein, weil die Placentargefässe im Allgemeinen nicht mehr als 200 Grm. Flüssigkeit in sich bergen können, ohne zu platzen; ein Plus von Flüssigkeit aber die Gefässchen zum Platzen bringt und dieselbe durch das placentare Gewebe durchtreten lässt, so dass die zwischen Uteruswand und Placenta angesammelte Flüssigkeit dann in der Art eines retroplacentaren Gerinnsels wirkt. Bei Injection von warmem Wasser in mässiger Quantität (circa 180 Grm.) wirkt die Volumvermehrung des Mutterkuchens nicht beschleunigend auf die Ausstossung derselben, im Gegentheil eher verzögernd. Lingen.

Medicina. № 3–9.

J. Neustab: «Otitis media. Thrombus venae jugularis internae, venae facialis anterioris, sinus cavernosi et venae ophthalmicae dextrae.» (№ 3).

Die 32-jährige Patientin hatte kurze Zeit. bevor sie sich N. vorstellte (eine genauere Zeitangabe fehlt) eine acute Otitis media dextra mit Eiterausfluss durchgemacht. Letzterer hörte allmählich auf und es stellten sich Temperaturerhöhung und Kopfschmerzen ein. Am 3. Juni 1894 fand N. bei der ersten Untersuchung Oedem der Augenlieder beiderseits, besonders links und Schmerzen im linken Ohr. Patientin sah ausserdem mit dem linken Auge «schlechter». Am 7. Juni war Schmerzhaftigkeit des processus mastoideus vorhanden, das Oedem des Augenlides links hatte zugenommen und war auf die Conjunctiva bulbi übergegangen. Beide Wangen waren ödematös, die Temperatur beinahe normal, der Puls voll, regelmässig (100 in der Min.), die Leber geschwollen, wenig schmerzhaft. Am nächsten Tage nahm das Oedem zu, die Augenlider waren stark hyperämisch, das Gesicht ödematös, die Temperatur normal. Die Kopfschmerzen waren schwächer geworden. Am 10. Juni hatte das Oedem der Augen abgenommen, während es auf Stirn, Nase und Wangen noch bestand. Am 11. Juni klagte Patientin wieder über heftige Schmerzen im rechten Warzenfortsatz und längs dem m. sternocleidomastoideus, die in die rechte Schulter ausstrahlten. Zum 13. Juni war das Oedem der Augenlider vollkommen geschwunden. Beim Oeffnen des Mundes empfand Pat. Schmerzen in den Kiefergelenken und Wangen. Am 10. Juni wurde Ptosis rechterseits constatirt, die von heftigen Schmerzen in der rechten Stirnhälfte begleitet war. Am 22. Juni fand N. vollkommene Paralyse des rechten Augenlides, Parese der rechten Gesichtshälfte, abgeschwächte Sehschärfe und Verlust der Accomodationsfähigkeit des rechten Auges, Geräusch im rechten Ohr neben rechtseitigen Stirnkopfschmerz. Am 27. Juni wurde Paralyse des rechten n. oculomotorius, abducens und trochlearis und Parese des rechten n. facialis notirt. Am 26. Juni reagirten Bewegungsnerven des rechten Auges nur schwach, Pat. sah auf dem Auge «schlecht». Die Pupille war erweitert und reagirte nicht auf Licht. Hierzu sei noch bemerkt, dass eine ophthalmoskopische Untersuchung nicht ausgeführt wurde und dass «nach 3—4 Wochen» bei der Untersuchung des recten Ohres durch einen Collegen nichts Abnormes, auch keine Perforation des Trommelfells gefunden werden konnte. Zum Schluss verbreitet sich N. des weiteren über die pathognomischen Symptome der entzündlichen Sinusthrombose, die er als Ursache obengenannter Erscheinungen betrachten möchte.

Wir wollen hoffen, dass nur die Bescheidenheit es dem Autor verbot, über die Therapie ein Wort zu verlieren.

N. Schewelew: «Zur pathologischen Bedeutung der Spulwürmer». (№ 4).

Mittheilung von 2 Fällen. Im ersten klagte der 23-jährige Soldat über Kopfschmerzen, Uebelkeit, Leibschmerzen, die 1—2 Mal im Monat wiederkehrten. Sonst war ausser Blutarmuth nichts besonderes zu finden. Nach Darreichung von Santonin (paar Tage vordem hatte sich ein Spulwurm im Stuhl gezeigt) und Abgang von 12 Spulwürmern verloren sich alle obigen Erscheinungen. Der zweite Patient, ebenfalls 23-jähriger Soldat, litt an hysteroepileptischen Anfällen, die in letzter Zeit bis zu 24 Mal am Tage sich wiederholten. Ausser vollkommener Analgesie des ganzen Körpers wurden keine Abnormitäten gefunden. S. verabreichte in Anbetracht dessen, dass die Anfälle mit Leibschmerzen begannen, Semin. cinae, worauf 20 Spulwürmer abgingen und die Anfälle sistirten.

N. Saweljew: «Die Exstirpation der Thymusdrüse und deren Einfluss auf die Infectionskrankheiten. (№ 5).

S. exstirpirte bei 31 Kaninchen die Thymusdrüse; von diesen blieben nur 6 leben, denen Milzbrandkulturen in die Ohrvene eingeführt wurden. Zum Vergleich wurden 4 Kontrollthiere gleichfalls mit Milzbrand inficirt. Dabei erwies sich, dass die ersten empfindlicher und schneller auf die Infection reagirten, als die vordem gesunden.

A. Krupetzky: «Ein Fall von Psychose nach Erysipelas». (№ 6).

Der 42-jährige Patient wurde mit Gesichtserysipel in die Klinik des Prof. S. Wassiljew (Jurjew) aufgenommen. Dasselbe nahm einen mittelschweren Verlauf und nach Beendigung des Processes entwickelte sich unter subnormaler Temperatur eine paar Tage dauernde Psychose mit Hallucinationen und Verfolgungswahn, wie das nach acuten Infectionskrankheiten mehrfach beobachtet worden ist. K. glaubt, dass in der Einwirkung der Toxine auf das geschwächte Nervensystem eine Erklärung für das Zustandekommen solcher Psychosen gegeben ist.

J. Grünberg: «Salol bei Cholera». (№ 7).

G. hatte Gelegenheit bei einer kleinen Choleraepidemie im Nowgorod'schen Gouvernement sich von der günstigen Wirkung des Salol zu überzeugen; namentlich hebt er hervor, dass es niemals zum Typhoid kam. Nach einmaliger Calomeldosis von 0.5—0,6 und Ol. Ricini wurde Salol zu 0,3—0,6 3—5 Mal täglich verabreicht. Es starben über 40 pCt. Genauere Daten konnten nicht gesammelt werden.

W. Shukowski: «Ueber Rheumatismus bei Brustkindern». (№ 8).

Nach Anführung der Literatur dieser verhältnissmässig seltenen Erkrankung im ersten Lebensjahr beschreibt S. einen von ihm beobachteten Fall von Rheumatismus artic. ac. bei einem 2-monatlichen Mädchen. Dasselbe schrie bei der leisesten Berührung, die Körpertemperatur war erhöht (39,5°), der Stuhl anfangs dyspeptisch. Nach 2 Tagen erwiesen sich beide Talocruralgelenke geschwollen und die Haut darüber geröthet. Am nächsten Tage schwollen die Metatarsalgelenke der grossen Zehen an. Zu gleicher Zeit zeigten sich Purpuraflecke in Form von kleinen Petechien besonders auf den Beinen. In den folgenden Tagen gesellten sich Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenke beider Zeigefinger, des linken Handgelenks und endlich, am Ende der zweiten Woche, beider Kniegelenke und des linken Schultergelenks hinzu, während die zuerst befallenen Gelenke allmählich zur Norm zurückkehrten. Die Temperatur war die ganze Zeit unregelmässig erhöht, das Herz vollkommen gesund. Nach 1 Monat waren alle Gelenkschwellungen geschwunden, die Temperatur normal, am linken Schultergelenk war nur ein kleiner unbeweglicher Nodulus durchzufühlen. Die Therapie bestand hauptsächlich in Darreichung von Natrium salic., daneben Salol und Chinin.

Prof. A. Gubarew: «Schwere Complication der Geburt nach Ventrofixatio uteri, die zum Kaiserschnitt führte». (№ 9).

An der 23-jährigen Primipara war im Jahre 1890 von Prof. Küstner (Dorpat) wegen Retroflexioversio uteri die Ventrifixation ausgeführt worden. 2 Tage vor der Aufnahme in die Klinik des Prof. Gubarew hatten ziemlich heftige Wehen begonnen. Der Fundus stand 3 Fingerbreit über dem Nabel, der Uterus war im Beckeneingang nicht fixirt, ein vorliegender Theil nicht zu fühlen. In der rechten Fossa iliaca wurde der Kopf und oberhalb dieses kleine Theile, in der linken Seite des Uterus ebenfalls kleine Theile gefühlt. In der linken Inguinalgegend konnten die kindlichen Herztöne deutlich gehört werden. Die Laparotomienarbe der Bauchwand war in der ganzen Ausdehnung fest mit der vorderen Uteruswand verwachsen. Bei der inneren Untersuchung konnte wegen Hochstand des Cervix nichts gefühlt werden. Es wurde die Patientin daher chloroformirt und bei der manuellen Exploration gelang es nun, eine Verengerung im oberen Theil der Vagina und oberhalb dieser den vollkommen geschlossenen Muttermund zu palpiren. Die Untersuchung des knöchernen Beckens ergab normale Maasse. Auf Grund dieses wurde fixirte Anteversio des schwangeren Uterus und zweite Querlage dia-

gnosticirt. Die wiederholte äussere Wendung misslang. Am nächsten Tage stellten sich tetanische Uteruscontractionen ein. Der Urin enthielt Eiweiss (3½ pCt. nach Essbach). Die kindlichen Herztöne schwankten zwischen 100 und 130. Der Muttermund blieb geschlossen. In Anbetracht dessen, dass eine mechanische Dehnung des Muttermundes nicht möglich war und die Verwachsungen eine Ausdehnung des Uterus verhinderten, wurde zur Laparotomie geschritten. Dabei erwies sich, dass die vordere Uteruswand durch Verwachsungen mit der Bauchnarbe in der linea alba verklebt war. Am festesten waren diese Verwachsungen am Fundus uteri. Hier zog ein fingerdicker, derber, festangespannter Strang über den Fundus zur hinteren Uteruswand. Bei der Spaltung dieser Verwachsungen mussten zahlreiche erweiterte Gefässe unterbunden werden. Der Uterus streckte sich darnach sofort und bei der inneren Untersuchung war der Muttermund für einen Finger durchgängig. Die Blutung aus dem Fundus liess sich vorläufig nicht stillen. Der Bauchschnitt wurde nach oben erweitert und der Uterus aus der Wunde hervorgewälzt, dann die Uteruswand in der Richtung der Verwachsungen und die Eihäute gespalten und nach Entwickelung eines leicht asphyktischen Kindes der Nabel doppelt unterbunden und getrennt. Der Uterus contrahirte sich gut. Placenta und Eihäute wurden leicht gelöst. Die Uterushöhle wurde ausgespült und mit Marly ausgewischt, die Uteruswunde mit tiefen und oberflächlichen Nähten geschlossen, wonach die Blutung sofort stand. Dann wurde die Bauchwunde vernäht und nach Erweiterung des Muttermundes mit Tait'schen Dilatatoren die Uterushöhle nochmals ausgespült und ein Marlytampon eingeführt. Die Operation dauerte 35 Min. Nach 28 Tagen war Pat. vollkommen genesen.

L. Landau: «Vorzeitige Geschlechtsreife bei einem Mädchen». (№ 9).

Das wegen einer Phlegmone in das Hospital von Neu Ladoga (Petersburger Gouvernement) aufgenommene 8-jährige Mädchen war geistig unentwickelt, menstruirte seit dem dritten Jahre, wog 2 Pud. Die Brustdrüsen waren gut entwickelt.

Weyert.

Medicinskoje Obosrenje. № 6—7.

L. Warnek: «Ein Fall von Ovariotomie complicirt in Folge von Durchschneidung des Harnleiters». (№ 6).

Bei der Operation eines colossalen Ovarialkystoms wurde ein 9 Cm. langes Stück vom rechten Ureter mit ausgeschnitten. W. merkte es sofort, wollte daher die rechte Niere extirpiren, doch überzeugte er sich, dass aus dem centralen Ende des angeschnittenen Ureters kein Tropfen Harn herausfloss, die rechte Niere war offenbar ganz atrophisch, da sie auch nicht palpirt werden konnte. Es wurde daher die Operation beendet, das centrale Ende des Ureters in die Wunde eingenäht und eine dünne Glasröhre in dasselbe eingeführt. 3 Tage nach der Operation entfernte W. das Röhrchen, in der ganzen Zeit floss nicht ein einziges Tröpfchen heraus.

M. Strauch: «3 parallele Fälle von extrauteriner Schwangerschaft». (№ 6).

L. Alexandrow: «Ueber Meningocele spuria traumatica». (№ 6).

Verfasser hat bereits vor einigen Jahren einen charakteristischen Fall von traumatischer Meningocele beschrieben. In dieser Abhandlung fügt er 2 neue Krankengeschichten hinzu. In dem einen Fall handelte es sich um ein 11-monatliches Mädchen, das im 8. Monate von einer Treppe (13 Stufen) hinunterfiel. Bald nachdem das passirt war, trat Besinnungslosigkeit und Erbrechen ein. Nach 5 Tagen kehrte die Besinnung wieder zurück, jedoch wurde eine rechtsseitige Hemiplegie bemerkt, und im Verlaufe der ersten 2 Wochen nach dem Trauma traten fast stündlich allgemeine epileptiforme Krämpfe ein. A. sah das Kind nach einigen Monaten; er constatirte eine weiche fluctuirende Geschwulst die das ganze linke Scheitelbein bis zur Lambdanaht einnahm; im vorderen Winkel der Geschwulst konnte man in der Tiefe den Knochendefect palpiren; bei Druck auf die Geschwulst entleerte sich dieselbe vollständig, ohne dass irgend welche cerebrale Erscheinungen zu bemerken waren. Die rechten Extremitäten waren etwas schwächer als die linken, deren Muskulatur mehr rigid. Auch die Hautdecken fühlten sich an den rechten Extremitäten etwas kühler an (Temperaturunterschied 1°). Im 2. Fall handelte es sich um einen 3-jährigen Knaben; auch hier war als ätiologisches Moment Fall von einer bestimmten Höhe zu constatiren. Die fluctuirende Geschwulst sass in der rechten Hinterhauptregion, am Boden der Geschwulst fühlte man den Knochenwall, doch gelang es nicht den Knochendefect zu palpiren. A. gibt in dieser Abhandlung eine sehr sorgfältig ausgeführte Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle, wobei die Art des Trauma's, der Ort der Geschwulst, die zur Beobachtung gelangten Symptome, die Behandlungsmethode und der schliessliche Ausgang berücksichtigt werden. Therapeutisch wäre die von Slajmer vorgeschlagene plastische Knochenoperation zur Schliessung des Defects zu berücksichtigen.

T. Krassnobajew: «Ein Fall von Meningocele spur. traumatica».

13-jähriges Mädchen klagt über Kältegefühl und Schwäche in den linken Extremitäten. In der rechten Scheitelbeingegend eine prall elastische fluctuirende Geschwulst, die allseitig von einem knöchernen Wall eingeschlossen ist. Der Tumor pulsirt, kann bei Druck zum völligen Verschwinden gebracht werden. Die linken Extremitäten fühlen sich kälter an, als die rechten (Thermometer Immisch gibt einen Temperaturunterschied von 1° an), sind im Vergleich zu den letzteren atrophisch, doch werden keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen wahrgenommen. Die Sehnenreflexe normal. Pupillen gleich weit, reagiren prompt auf Licht. Anamnestisch wurde festgestellt, dass der Tumor durch Fall aus dem Bette im ersten Lebensjahre des Kindes entstanden war.

E. Wassiljew: «Ein Fall von Lupus, durch ein intercurrentes Erysipel zum Schwinden gebracht». (№ 6).

Es handelte sich um einen Fall von Lupus exulcerans der bereits einige Jahre bestand und keiner Medication weichen wollte. Die Krankheitsherde befanden sich am unteren Augenlide, am Nasenflügel und Mundwinkel. Patient (Soldat) wurde in's Hospital aufgenommen, wo er Gesichtsrose bekam. Diese hatte einen ganz eclatanten Einfluss auf den Lupus; die Geschwürchen heilten rasch, neue Knötchen traten nicht mehr auf und Patient konnte nach einigen Wochen geheilt das Spital verlassen.

P. Tichow: «Ueber Epithelcysten der Finger». (№ 7).

Bei einem 35-jährigen Landmann entwickelte sich auf der Plantarfläche des 3. linken Fingers in der Gegend der 3 Phalanx eine erbsengrosse Geschwulst von fast knorpeliger Consistenz, auf dem Knochen beweglich. T. extirpirte den Tumor, der aus 2 perlmutterglänzenden Gebilden bestand. Das grössere von kugelförmiger Gestalt stellte eine grosse Reihe von concentrischen Schichten dar, in deren Centrum befand sich eine kleine mit einer gelblichen lockeren Masse gefüllte Höhle. Das kleinere Gebilde war von conusförmiger Gestalt, bestand ebenfalls aus concentrischen Schichten und enthielt auch im Centrum die lockere, leicht herauszunehmende Masse. Die erwähnten Schichten erwiesen sich bei mikroskopischer Untersuchung als Epidermisschichten, die in entgegengesetzter Richtung angeordnet waren: von aussen das Stratum Malpighii, sodann nach innen stratum granulosum, stratum lucidum und endlich der Höhle angrenzend — stratum corneum; im Centrum fand sich eine Cancroidperle, bestehend aus verhornten Schichten. Verf. weist auf die Seltenheit dieser Epithelcysten der Finger hin. Reverdin war der Erste, der eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle gegeben hat. Besonders interessant ist die Aetiologie dieser Gebilde, die früher mit den Atheromen verwechselt wurden. Erst als die Untersuchungen von Rothmund über das Entstehen der sog. Epithelcysten der Iris in Folge von Traumen anerkannt wurden, fing man an auch bei den Epithelcysten der Finger das Trauma zu beschuldigen, und in der That liess sich dieses ätiologische Moment für die meisten Fälle feststellen.

A. Alelekow: «Zur Casuistik der Hemiathetosis». (№ 7).

W. Roth: «Ueber Meralgia paraesthetica». (№ 7).

Unter diesem Namen μηρὸς — die Hüfte, ἄλγος Schmerz) beschreibt Verf. einen Symptomencomplex, dem er ziemlich häufig begegnete und der noch wenig Beachtung gefunden hat. Das afficirte Gebiet ist das des Nervus cutaneus femoris ext. Aus den angeführten 14 Krankengeschichten ist zu ersehen, dass die Symptome der Meralgie in Schmerzen, Paraesthesien und Anaesthesien an der äusseren Fläche der Hüfte bestehen. Der Schmerz wird gewöhnlich als brennend angegeben und exacerbirt beim Stehen oder Gehen, während er beim Liegen mit an den Leib herangezogenen Extremitäten verschwindet, bei Druck auf das Gebiet des Nerven wird der Schmerz nicht intensiver. In allen Fällen besteht Paraesthesie verschiedenen Grades, meist klagen die Kranken über ein Vertaubungsgefühl. In 8 Fällen (von 14) konnte Verf. eine Abschwächung der Sensibilität in dem betreffenden Gebiet constatiren (sowohl der tactilen Empfindlichkeit als des Temperatursinns). Bei einigen Patienten bestand jedoch Hyperalgesie; das geringste Kneifen der Haut erregte sehr starke, anhaltende Schmerzen. Die eben erwähnten Symptome sind gewöhnlich auf das Gebiet des nervus cutaneus femoris extern. beschränkt, häufiger ist die Krankheit einseitig, in 5 Fällen von 14 war sie an beiden Hüften zu constatiren. Der Verlauf dieses Leidens ist gewöhnlich ein chronischer, über viele Jahre ausgedehnt; zwar gelingt es durch geeignete Behandlung die Krankheit abzuschwächen

doch kommen Exacerbationen recht häufig vor. Das männliche Geschlecht scheint zur Aquisition dieses Leidens mehr disponirt zu sein, als das weibliche — von 14 Fällen waren 2 Frauen und 12 Männer befallen; das Alter spielt nur eine untergeordnete Rolle. Gewöhnlich handelte es sich um recht corpulente Personen, die in guten Lebensverhältnissen sich befanden, eine sitzende Lebensweise führten; in der Hälfte der Fälle konnte abusus alcoholicus nachgewiesen werden. Da die Krankheit keine Neigung zur Progression zeigt, so nimmt Verf. an, dass derselben auch nur geringe pathologische Veränderungen zu Grunde liegen können (Para- und Perineuritis). Therapeutisch sah Verf. guten Erfolg von dem galvanischen Strom, auch Massage dürfte versucht werden.

E. Tschlenow: «Ein Fall von gummöser Geschwulst des Kehlkopfes». (№ 7).

Prompte Heilung durch Inunctionscur.

Th. Alexejew: «2 Fälle von erfolgreicher Behandlung des Struma mittels Schilddrüse». (№ 7).

In einem Falle bestanden Symptome der Basedow'schen Krankheit, im anderen Fall handelte es sich um einen idiopathischen Kropf. Zunächst behandelte A. seine Patienten mit den bekannten Mitteln (Strophantus, Jodpräparate, Electrolyse mittels jodirter Watte), doch konnte er keinen Erfolg erzielen. Alsdann lies er sie frische Kalbsschilddrüse essen, 3—4 Drüsen (was ungefähr 10,0 ausmachen) in 4 Tagen. Fast jedes Mal, 8—12 Stunden nach Einnahme der fein zerhackten Schilddrüsen empfanden die Kranken ein allgemeines Unbehagen, Herzklopfen, Frostgefühl; doch bestanden diese Symptome nur kurze Zeit. Schon nach der 3. Dosis konnte A. ein Abnehmen der strumösen Geschwulst constatiren und zu Ende der 6. Behandlungswoche war der idiopathische Kropf verschwunden, der Fall mit den Basedow'schen Symptomen war ebenfalls günstig beeinflusst, der Kropf war um die Hälfte verringert und die anderen Symptome viel weniger ausgesprochen. A. räth in allen Fällen von Struma, bevor man sich zur Strumectomie entschliesst, die Behandlung mit frischer Schilddrüse zu probiren. Abelmann.

Bolnitschnaja gaseta Botkina 1895. № 1 – 11.

E. Botkin: «Ueber Otitiden bei Abdominaltyphus». (Nr. 1—3).

B. fand bei 21 von 26 Typhösen, also in 84 Proc. Otitis externa diffusa acuta duplex, bei einem ausserdem Otitis media purulenta chronica. Die Mehrzahl der Otitiden entwickelte sich in der 2—4 Woche des Abdominaltyphus. Genauere Angaben über den Verlauf fehlen. Autor macht mit Recht auf die Bedeutung der Otitis als Complication des Typhus aufmerksam, begnügt sich dabei aber mit langen Citaten aus bekannten Lehrbüchern.

R. Butz: «Zur Casuistik der Hernia interstitialis». (Nr. 1).

Als H. interstitialis wird nach Goyrand der im Inguinalkanal zwischen dem obliquus internus und externus hervortretende Bruch bezeichnet. Einen hierhergehörigen Fall dieses verhältnissmässig seltenen Leidens beobachtete B. bei einem 17-jährigen Bauern, der im December 1893 mit den Zeichen des Ileus in das Marien-Magdalenenhospital aufgenommen wurde. Seit seiner Kindheit hatte eine etwa apfelgrosse, leicht reponible schmerzlose Anschwellung der rechten Seite des Unterleibes bestanden. 3 Tage vor der Aufnahme fühlte er nach einer heftigen Bewegung plötzlich Schmerzen im Leib, erbrach und constatirte eine Vergrösserung der Geschwulst. Am Tage der Aufnahme wurde eine ovale, beinahe faustgrosse, über dem lig. Pouparti liegende, von der linken spina ilei a. s. zur Symphyse reichende Geschwulst gefunden. Dieselbe war stark gespannt, auf Druck empfindlich, tympanitisch. Am selben Abend wurde zur Hernialaparotomie geschritten. Nach Spaltung der Aponeurose des m. obliquus ext. kam der dünne, bläuliche Bruchsack zum Vorschein, der ziemlich viel gelbbraunes Bruchwasser und eine dunkelroth verfärbte, ödematöse Darmschlinge von Apfelgrösse enthielt. Nach Debridement des ziemlich engen Einklemmungsringes wurde die Darmschlinge reponirt. Der Bruchsack erwies sich als offen gebliebener proc. vaginalis peritonei. In demselben lagen der atrophische Hoden- und Samenstrang. Nach Ablösung wurde der Bruchsack resecirt und vernäht, die Haut darüber mit 2 Etagennähten geschlossen. 10 Tage darauf war Patient genesen. — Das Hauptinteresse des Falles liegt wohl darin, dass der innere Leistenring 5 Cm. nach innen von der spina ilei a. s., also nach oben aussen verlagert war, ein Umstand, dem M. Schmidt das Zustandekommen dieser Hernien zuschreibt, wobei auch die Dislocation des Gubernaculum Hunteri in Betracht zu ziehen ist.

N. Kuskow: «Hernia mesogastrica interna sin». (Nr. 1).

K. nennt nach Gruber den sonst als Hernia retroperitonealis Treitzii bekannten Bruch Hernia mesogastrica interna. Er fand dieselbe als zufälliges Sectionsergebniss unter 8660 Leichen 4 Mal und zwar nur bei Frauen. Zu Lebzeiten hatten sie keine Symptome gemacht, das Peritoneum und der Bruchsack zeigten keine entzündlichen Erscheinungen und der Bruch hatte, wie das bereits Gruber angab, keine Beziehungen zur fossa duodenojejunalis.

N. Brjuchanow: «Ein Fall von durch die Gallenwege entleertem Leberechinococcus». (Nr. 2.)

Der 34-jährige Patient wurde wegen heftiger kolikartiger Leibschmerzen, die eine Woche vordem plötzlich eingesetzt hatten und denen sich vor 2 Tagen Icterus zugesellt hatte in das Marienhospital aufgenommen. Hier konnten starke Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Leber, icterischer Harn und allgemeiner Icterus constatirt werden. Der Stuhl war thonfarben, die Temperatur normal. Der Verlauf erinnerte die erste Zeit an Gallensteinkoliken, so dass sogar 1 Monat nach der Aufnahme eine Explorativlaparotomie ausgeführt wurde, die aber keinen Anhalt für das Vorhandensein von Gallensteinen gab. Die Leber war von normaler Consistenz, vergrössert, bläulich gefärbt. Nach der Operation nahmen die Schmerzen ab, ohne vollständig aufzuhören. Nach circa 3 Monaten wurden sie wieder stärker, der Kranke magerte zusehends ab, die Temperatur zeigte unregelmässige Schwankungen, der Icterus wurde wieder intensiver, die Oberfläche der Leber war deutlich höckrig. Nach 4 Monaten seit Beginn der Erkrankung wurden im dünnflüssigen Stuhl eine etwa hühnereigrosse Echinococcusblase gefunden und eine Woche darauf entleerte sich eine grössere Anzahl theils geplatzter, theils ganzer Blasen bis zu Pflaumengrösse. Die Leber nahm dabei deutlich an Umfang ab, doch das Allgemeinbefinden wurde schlechter, so dass Patient 150 Tage nach der Aufnahme unter zunehmender Herzschwäche starb. Bei der Section erwies sich das diverticulum Vateri, der ductus choledochus und d. hepaticus dilatirt. Letzterer führte direct in eine faustgrosse Eiterhöhle, rechts am unteren Leberrande. In der Lebersubstanz fanden sich eine Menge Abscesse, in den übrigen Organen gleichfalls multiple pyämische Abscesse.

W. Medwedjewa: «Ein in die Gallenwege perforirter Echinococcus» (Nr. 2.)

Die 34-jährige Patientin trat im Mai 1893 mit Klagen über heftige, plötzlich einsetzende Leibschmerzen, die in rechten Arm und Bein ausstrahlten, in das Marienhospital ein. Haut und Scleren waren icterisch, die Temperatur 38°, der Leib tympanitisch und äussert schmerzhaft, so dass die Leber nicht palpirt werden konnte. Patientin hatte ein Jahr vordem bereits 2 Mal ähnliche Anfälle gehabt. 3 Tage nach der Aufnahme liess sich die Gallenblase durchfühlen, der Leib war weniger gespannt. Nach 1 Woche gingen mit dem Stuhl gelatinöse Membranen ab und beinahe jeden Tag fanden sich nun im Stuhl entweder solche Membranen oder ganze Bläschen von Erbsen- bis Weintraubengrösse, wobei die Schmerzen in der Lebergegend und das Fieber vor Abgang dieser Bläschen gewöhnlich zunahmen. Die mikroskopische Untersuchung der Blasen ergab die charakteristische Structur der Hydatide, jedoch ohne Kopf und Nacken. Allmählich, im Verlauf von 2 Wochen schwanden Icterus, Schmerzhaftigkeit und Fieber. Die Gallenblase war nicht mehr palpabel und Patientin wurde vollkommen gesund entlassen. M. erklärt das Auftreten der Schmerzen und des Fiebers durch das Vorhandensein einer lokalen adhäsiven Peritonitis, die eine freie Communication zwischen Echinococcusblase und Gallenwege ermöglichte.

D. Grigorjew: «Zur Diagnose der Aortenaneurysmen. Aneurysma aortae, complicirt mit Pneumothorax». (Nr. 3—8.)

Genaue Analyse eines durch die Section controlirten Falles. Es handelte sich um einen 34-jährigen Patienten, der mit Klagen über Husten, Athemnoth und Brustschmerzen, die circa 3 Monate bestanden, in das Marien-Magdaleuenhospital aufgenommen wurde. Die Temperatur war normal, Resp. 20—23, Puls 65. Der Percussionsschall über der ganzen linken Lunge war dumpf, über dem unteren Lappen mit tympanitischem Beiklang, das Athemgeräusch und der Fremitus abgeschwächt, im Bereich des unteren Lappens theilweise mit amphorischem Timbre. Die Herzdämpfung war im Längsdurchmesser vergrössert, die Herztöne rein, die zweiten Töne accentuirt. Das schleimige Sputum enthielt etwas Blut, keine Tuberkelbacillen. In den nächsten Tagen trat über dem Brustbein eine deutlich gedämpft tympanitische Zone auf; über der Aorta war der erste Ton unrein. Das Allgemeinbefinden war schlecht. Auf Grund eines ähnlichen Falles, den G. kurz vordem beobachtet hatte und da Empyem, Tuberculose, Lungengangrän, subdiaphragmaler Abscess ausgeschlossen werden konnten, wurde Pneumothorax und Luftaustritt in das vordere Mediastinum in Folge Arrosion des linken Bronchus durch ein Aortenaneurysma diagnosticirt. Im weiteren Verlauf der Krankheit wurden Reibegeräusche in der Gegend der Herzspitze und hinten unter

dem linken Scapularwinkel während der Herzcontraction gehört, dann verschwanden tympanitischer Ton und amphorisches Athmen im Bereich des vorderen Mediastinum. Patient erkrankte an Dysenterie, nach deren Ablauf er sich im allgemeinen etwas besser fühlte. Der Schall hinten hellte sich auf, das Athemgeräusch wurde deutlicher, die Dämpfung über dem oberen Theil des Brustbeins nahm ab, so dass Patient auf seine Bitte entlassen wurde. 2 Tage später wurde seine Leiche in's Hospital eingeliefert. Ein Blutsturz hatte seinem Leben ein Ende bereitet.

Bei der Section wurde im linken Pleurasack etwas bluthaltige Flüssigkeit gefunden. (Der Brustkorb war in Abwesenheit des Autors eröffnet worden und dabei nicht auf Pneumothorax untersucht). Beide Lungen lagen frei vor, waren lufthaltig. An einigen Stellen zeigten sich kleine bronchopneumonische Herde. Die Trachea und Bronchien waren mit schaumhaltiger blutiger Flüssigkeit gefüllt. In der vorderen Wand des Aortenbogens fand sich eine kleine, glattrandige Oeffnung, die in einen aneurysmatischen Sack von Wallnussgrösse führte. Derselbe war beinahe vollständig mit Fibringerinnseln ausgefüllt und seine Wände sowohl mit der Lunge, als mit der a. pulmonalis und dem linken Bronchus verwachsen. Letzterer communicirte durch eine kleine Perforationsöffnung 2½ Cm. unterhalb der Bifurcation mit dem Aneurysma. Der Knorpel des Bronchus war an dieser Stelle zerfasert und nekrotisirt. 2½ Cm. unterhalb des Abgangs der a. subclavia sin. wurde eine zweite Oeffnung in der Wand der Aorta gefunden, die in ein taubeneigrosses Aneurysma an der oberen, seitlichen Fläche der Aorta führte, das gleichfalls mit Gerinnseln austapezirt war. Die Wände des Sackes waren fest mit der linken Lunge verwachsen. Die Intima der Aorta war nach oben bis zum ersten Aneurysma sclerotisch und ateromatös degenerirt. (Patient war mässiger Potator gewesen).

Durch die Anfüllung der Aneurysmen mit Fibringerinnseln liess sich die vermeintliche Besserung des Patienten erklären, ebenso verhinderten die in der Umgebung der Aneurysmen beginnenden entzündlichen Erscheinungen und Verwachsungen ein weiteres Austreten von Luft aus dem Bronchus, so dass die Erscheinungen der Luftansammlung in der Pleura und im Mediastinum anticum zurückgingen, wie das im Verlauf der Erkrankung constatirt werden konnte.

M. Gesselewitsch: «Zur Kasuistik der Hannot'schen Lebercirrhose im Kindesalter». (№ 4—6).

Die Krankheit bestand bei dem erblich nicht belasteten 14-jährigen Knaben 3½ Jahre und äusserte sich in allgemeinem Icterus, bedeutender Leber- und Milzschwellung, schwacher Gallenfärbung des Stuhls, Vorhandensein von Gallenfarbstoff im Urin, Fehlen von Ascites — also alles Symptome, wie sie der klassischen hypertrophischen Lebercirrhose (Hanot) zukommen.

A. Högerstädt: «Ein Fall von Influenza acutissima mit schweren Complicationen». (№ 4 und 5).

Ist in der St. Petersb. med. Wochenschr. veröffentlicht.

R. Pawlowskaja: «Ueber die Nothwendigkeit von Sanatorien für heilbare unbemittelte Phthisiker». (№ 7—9).

P. plaidirt für Gründung eines Comités, das sich speciell mit der Errichtung von Sanatorien für unbemittelte Tuberculöse im Anfangsstadium der Krankheit zu befassen hätte.

M. Janowsky: «Die Kolanuss, ein die Verluste des Organismus einschränkendes Mittel». (№ 6—11).

Autor führt die Versuche Charutzky's an hungernden Kaninchen und Hunden genau an, aus denen hervorgeht, dass wir in der Kolanuss ein Excitans besitzen, das im Gegensatz zu anderen den Verbrauch des Organismus bedeutend herabsetzt. Seine Anwendung wäre also nicht nur da indicirt, wo stärkere physische Anstrengung vom Gesunden verlangt wird, sondern bei allen schwächenden Krankheiten und ein Versuch am Menschen wohl lohnenswerth.

A. Woinowitsch: «Atropinum sulfur. bei rundem Magengeschwür». (№ 9 und 10).

Nach Anführung der Theorien über die Entstehung des ulcus rotundum, wobei der Riegel'schen Vorzug gegeben wird, geht W. zur Beschreibung seiner beiden Fälle über. Der erste betraf einen 38-jährigen Patienten, der seit 3 Jahren an heftigen Magenschmerzen litt und mehrfach kaffeesatzartige Massen erbrochen hatte, wonach er stark heruntergekommen war. Bei der Untersuchung des Mageninhalts wurde Hyperacidität und Hypersecretion constatirt. Nach Darreichung von Atropinum sulf. (0,06 : Aq. dest. 8,0 2 mal täglich 2 Tropfen) und Milchdiät besserte sich Patient innerhalb 14 Tagen ganz bedeutend, der Salzsäuregehalt des Magensaftes nahm ab, Erbrechen und Schmerzen hörten auf. Der zweite Fall verlief ganz ähnlich

Auf Grund dieser Erfahrung möchte W. die Anwendung von Atropin bei ulcus rotundum auf hypersecretorischer Basis dringend anrathen.

K. Georgiewsky: «Zur Morphologie des Blutes bei Leukämie». (№ 10).

Bei einem 50-jährigen Patienten, der vor 8 Monaten erkrankt war, fanden sich bei der Aufnahme in die Klinik des Prof. L. Popow geschwellte Lymphdrüsen, Vergrösserung der Leber und Milz, welche letztere beinahe die ganze linke Seite der Bauchhöhle einnahm, dabei glatt und schmerzlos war. Ascites und Veränderungen im Augenhintergrunde fehlten. Die genaue Blutuntersuchung ergab ca. 80 pCt. Hämoglobin und eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen (weisse verhielten sich zu rothen wie 1 : 6). Unter ihnen überwiegten die Markzellen (50—60 Proc. aller weisser Blutkörperchen), dann die polynukleären Neutrophilen (20—30 Proc.) und die letzteren nahe stehenden, von Tschistowitsch zuerst beschriebenen polynukleären durchsichtigen Zellen (7—11 Proc.) Ausserdem war die Zahl der Eosinophilen und namentlich der aus dem Mark stammenden vermehrt (7—9 Proc.) Alle diese morphologischen Veränderungen des Blutes sprachen also für eine myelogene Leukämie, während das klinische Bild keinen Anhalt zur Diagnose einer Knochenmarkerkrankung gab, sondern vielmehr auf eine lienale Form hinwies. Der Patient erhielt Arsenik, worauf sich das subjective Befinden so bedeutend besserte, dass er, ungeachtet der Zunahme der Blutveränderungen, bald die Klinik verliess.

Weyert.

Wojenno-medicinski Journal. März und April.

(Militär-medicinisches Journal.)

L. Oscherowski: «Ein Fall von Tetans geheilt durch subcutane Karbolsäure-Injectionen».

42-jähriger Bauer wird mit einer Schusswunde der linken unteren Extremität in's Hospital gebracht. Die Wunde wurde gereinigt, mit Sublimat desinficirt und mit Jodoformmarly verbunden. Am 6. Tage des Hospitalaufenthalts trat Kieferklemme ein, am 10. Tage war der Trismus sehr stark ausgesprochen. Vom 12. Tage an begannen allgemeine Convulsionen und tetanische Zuckungen. Weder Morphium und Opium, noch Chloralhydrat konnten die Convulsionen lindern, diese setzten immer häufiger ein, so dass der exitus lethalis zu erwarten war. Am 20. Tage begann O. die Karbolsäureinjection. Rp.: Acidi carbolici 0,6. Aquae destillat 30,0, von dieser Lösung wurden alle 3 Stunden 12 Tropfen subcutan injicirt. Schon am 22. Krankheitstage wurden die tetanischen Zuckungen schwächer und seltener, die Athmung leichter und am 35. Krankheitstage konnte der Patient geheilt entlassen werden. Im Ganzen wurden 28 Injectionen ausgeführt.

F. Tekutjew: Das Saratow'sche Geschwür, (Kokanka genannt) dessen Verlauf, Eigenthümlichkeiten und Therapie.

Verf. hatte Gelegenheit 47 Personen, die mit der sog. Kokanka behaftet waren, zu behandeln. Unter diesem Namen wird von vielen Autoren eine chronische, knötchenförmige parasitäre Erkrankung der Haut beschrieben, die im Turkestanschen Gebiet, in Transkaukasien und in anderen Gegenden zuweilen epidemisch auftritt (auch pendinsches Geschwür, Biskra, Delisches Geschwür bezeichnet). Gewöhnlich befällt diese Erkrankung zugereiste Personen, sie bleibt fast immer local, Temperatursteigerungen bis 37,8—38,0 sind selten; localisirt sich an den der Reibung ausgesetzten Hautpartien. Zunächst tritt unter heftigem Jucken ein röthliches Knötchen auf, nach einigen Tagen wird eine Pustel daraus und in Folge des Nekrotisirens des Knötchens im Centrum bildet sich ein Geschwür von Erbsen- bis Pflaumengrösse. Das Geschwür ist mit einer Kruste bedeckt, der Rand zuweilen glatt, häufig aber mit kleineren Knötchen infiltrirt, die ebenfalls geschwürig zerfallen können: Die Farbe des Geschwürs ist dunkel roth mit violettem Timbre. Schmerzhaftigkeit ist nicht vorhanden. Doctor Raptschewski hat als Krankheitserreger einen Mikroorganismus beschrieben, der Aehnlichkeit mit dem Fehleisenschen Erysipelkokkus zeigt, R. benannte ihn «Streptokokkus des Pendin'schen Geschwürs». Zur Behandlung hat Heidenreich den Thermocauter empfohlen, Raptschewski dagegen empfiehlt die Salbenbehandlung (Carbolvaselin 2—5 pCt., Ichtiolvaselin 1 : 4). Verf. verordnet zunächst Compressen für 1—2 Tage, sodann wird auf das Geschwür eine dicke Lage folgender Salbe aufgeschmiert: Hydrargyri sublimati 0,12—0,3 Axungi porci 30,0, darüber wieder Kompressen. Der Rand des Geschwürs wird vor der Salbenapplication durch Heftpflaster geschützt.

Abelmann.

Дозв. ценз. Спб. 6 Мая 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 5. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1895.

Wratsch. № 7—13.

G. Gorjausky: «Ueber die Eigenschaften des Antidiphtherieserums Behrings». (№ 7).

Verf. injicirte Meerschweinchen Diphtherietoxin unter die Haut und gleich darauf eine der Quantität dieses entsprechende Menge Antitoxin. Die Thiere blieben natürlich gesund. Um die Widerstandsfähigkeit des Antitoxins gegen Kälte zu prüfen, setzte G. dieses einer T. von — 3° R. bis — 16° R. aus, injicirte dann gleichzeitig das Toxin und Antitoxin und fand, dass das einer fortgesetzten Kältewirkung ausgesetzte Serum in seiner Eigenschaft als Antitoxin Einbusse erleidet. Bei Zusatz von Methyl- und Aethylalkohol zu dem Serum erhält man einen Niederschlag, der die antidiphtheritischen Eigenschaften in viel schwächerem Maasse besitzt, das Filtrat büsst dieselben ganz ein. Das Antitoxin besitzt nicht die Eigenschaften der Diffusion und gehört vermuthlich zur Gruppe der Eiweisskörper. Das Toxin bleibt von der Kälteeinwirkung unbeeinflusst.

W. Müller: «Ueber Parasiten in einem Fall von Krebs der Eierstöcke». (№ 7).

Bei microskopischer Betrachtung der Präparate fand sich dass die Geschwulst zum grossen Theil aus Epithelzellen bestand, die meist einkörnig waren. In jedem derselben, aber auch ausserhalb desselben in dem Zellenleib, fanden sich rundliche Körperchen die das Aussehen der Kernkörperchen besassen. Daneben enthielten die Zellen Vacuolen, welche dieselben rundlichen Körperchen zeigten, nur waren sie hier von einem gleichförmigen Gürtel umgeben. Ebensolche, von einem Gürtel umgebene Gebilde lagen frei zwischen den einzelnen Zellen; welcher Natur und Zugehörigkeit diese rundlichen Körperchen sind, ist kaum zu entscheiden. Ausserdem waren kleine Cysten zu sehen, die ausnahmslos ausserhalb der Zelle lagen und eine Hülle und Inhalt unterscheiden liessen. Letzterer liess helle Streifen, ein scharf umgrenztes Bläschen mit einem dunkeln Körper erkennen. Dieses ist nichts Anderes als ein blasenförmiger Kern. Die Cysten hält G. für parasitäre Gebilde (Protozoen).

J. Postoew: «Ein selbstthätiger Apparat zum Filtriren von Flüssigkeiten bei erhöhter Temperatur». (№ 7).

Beschreibung des im Text abgebildeten Apparates.

A. Podres: Mechanische Erweiterung der Magenmündung und Auskratzung des Magengeschwüres». (№ 8).

P. operirte einen 34-jährigen Mann, der 8 Jahre an den Erscheinungen eines chronischen Magencatarrhes laborirt, Blutbrechen und heftige Schmerzen in der Magengegend gehabt hatte. Daneben bestanden hochgradige Abmagerung. Entsprechend der Lage des Pylorus liess sich undeutlich eine strangartige Verdickung durchfühlen. Bei der Operation erwies es sich, dass in der That die Mündung in den Pylorus verlegt war narbig verdickt und mit dem Pancreas verwachsen waren, so dass dieser Theil des Magens nicht hervorgezogen werden könnte. Statt einer Gastroenterostomie führte Verf. die von Loreta angegebene Methode aus. Er durchschnitt die vordere Magenwand und überzeugte sich mit dem palpirenden Finger, dass ein rundes Magengeschwür, das hauptsächlich auf der hinteren Wand sass, die Ursache zur narbigen Verengerung gegeben hatte. Nach Dilatation der Magenmündung mit einer Kornzange, kratzte er die Geschwürsfläche aus und vernähte die Wunde. Heilg. Nach 4 Monaten nahm Pat. um ein Pud zu.

M. Bencze: «Vergleichende Untersuchung über die Schnelligkeit der Resorption einiger Arzneimittel bei Einführung derselben in den Magen und in den Mastdarm bei gesunden Menschen». — Vorl. Mitth. (№ 8).

W. Klimenko: «Ueber die Verbreitung der Parasiten in Finnland». Vorl. Mitth. (№ 8).

Unter den vom Verf. Untersuchten fand sich bei 29,29 pCt. Parasiten, am häufigsten der Bandwurm.

S. Cholmogorow: «Einige Bemerkungen über Endometritis exfoliativa». (№ 8).

Bei einer Frau, die ein Mal geboren hatte, entwickelte sich nach einem Abort bei ungenügender Involutio uteri eine Endometritis exfoliativa. Das microskopisch untersuchte dreieckige Häutchen bestand aus Bindegewebe, runden Zellen und den Mündungen der Schleimdrüsen. Die Epithelzellen waren meist degenerativ verändert. Die Menstruationsperiode, bei der dieses Häutchen ausgestossen wurde, dauerte 8 Tage.

Munt: «Automatischer Grapho-Auscultator». Vorl. Mitth. (№ 9).

Der Apparat besteht aus einem Percussionshammer, der mit Hilfe eines Uhrwerkes automatisch arbeitet, aus einem Plessimeter, das aus einer Knochen- und einer Celluidplatte besteht, und aus einem Schreibapparat.

W. Gussarow: «Der Einfluss der gekochten Milch auf die Darmgährung gesunder Menschen». Vorl. Mitth. (№ 9).

Die Darmgährung nimmt beträchtlich ab.

M. Königsberg: «Eine ampullenartige Spritze, die die kostspieligen Spritzen zur Injection des Antidiphtherieserums ersetzt». (№ 9).

Die Serumflüssigkeit ist in einem 10—15—20 Ccm. ampullenartigen Glaskolben mit spitz zulaufenden Enden eingeschmolzen. Vor dem Gebrauch werden beide Enden an einer angegebenen Stelle abgebrochen und an das eine die Spitze der Pravaz'schen Spritze, an das andere ein Gummiballon befestigt; durch Druck auf diesen wird die Flüssigkeit, nachdem die Spitze unter die Haut gestochen, injicirt.

E. Schtschadsky: «Ueber die Wirkung der Arzneimittel in statu nascendi». (№ 9—12).

Manche chemische Verbindungen sind sehr labil und befinden sich in Abhängigkeit von dem Zeitpunkt ihrer Vereinigung. Manche sind nur in statu nascendi wirksam, andere chemische Verbindungen büssen ihre Wirksamkeit vollkommen ein, wenn sie eine Zeit lang bestanden oder es gehen Zersetzungen vor sich. Es ist rathsam manche Arzneimittel, denen complicirte chemische Verbindungen zu Grunde liegen, in der Art zu verordnen, dass man die Verbindung aus den Componenten derselben kurz vor dem Gebrauch zusammenstellen lässt, um jeder unerwünschten Zerlegung etc. vorzubeugen. So besteht z. B. das Diuretin aus salicylsaurem Natron-Theobromin und man kann Diuretin als aus seinen Bestandtheilen bestehend folgendermaassen verschreiben: Theobromin 0,018, Acid. salicyl. 0,014 und Natr. salicyl. 0,018, das würde Diuretin 0,05 entsprechen. Im Plumbum oleinicum, das im Empl. plumb. simpl. seine Anwendung findet, können sehr leicht bei Anwesenheit des Oeles Zersetzungen vor sich gehen. Um diesem vorzubeugen, verordnet man Plumb. acet. 30,0, Aq. dest. 120,0, Spir. sapon. 60,0 (austatt eines Fettes, das sich leicht zersetzt) und Lanolin 25,0. Derartige Beispiele finden sich mehrere.

N. Andogsky, L. Bellarminow und W. Dolganow «Bericht über die Thätigkeit der fliegenden oculistischen Colonnen». (8—11).

21 Colonnen waren in verschiedenen Gouvernements thätig, 35053 Kranke wurden behandelt und 6181 Operationen ausgeführt. Es findet sich eine genaue Angabe der verschiedenen Erkrankungen. Bei 713 Kranken war die Erblindung auf Trachom zurückzuführen.

G. Skoritschenko-Ambodik: «Der Mechanismus des Todes». (№10—12).

Versuche und Erfahrung haben gelehrt, dass manche Lebensfunctionen nach dem Tode fortbestehen, so z. B. die Contractionen des uterus, die Verdauung. Spallanzani hat Krähen sofort nach der Fütterung mit Fleisch, getödtet und gefunden, dass dasselbe nach 6 Stunden verdaut war. Verf. definirt den Tod als das Aufhören des Stoffwechsels, in Folge dessen der Bestand der Organe, sowie der Zusammenhang zwischen diesen gestört wird.

A. Jagodinsky: «Pathologisch-anatomische Veränderungen des Hirns bei der puerperalen Eclampsie». Vorl. Mitth. (№ 10).

Bei der microskopischen Untersuchung frischer Schnitte konnte man erkennen, dass die Nervenzellen fettig und albuminös degenerirt und die Neurogliazellen stark gewuchert waren. Letztere waren oft in Form von Ketten oder haufenweis, meist dem Verlauf eines Gefässes entsprechend angeordnet. Die Zellen waren rund, von der Grösse eines weissen Blutkörperchens. Ausserdem fanden sich ausgetretene weisse Blutkörperchen.

W. Demidowitsch: «Zur Frage über den Einfluss des Alters und Geschlechtslebens auf die Schnelligkeit der Resorption einiger Arzneimittel im Magen bei gesunden Frauen.» Vorl. Mitth. (№ 10).

73 Frauen wurden auf die Resorptionsfähigkeit ihres Magens geprüft. Natron salicylicum und Kali jodatum wurden in der Dosis 0,3 in Kapseln verabfolgt. Gleich darauf der Speichel alle 2 Minuten, der Harn meist alle 4 Minuten von neuem untersucht. Die ersten Spuren von Jod liessen sich im Speichel durchschnittlich nach 11,8 Min., deutlich nach 15½ Min. nachweisen; im Harn dagegen andeutungsweise nach 14,3 deutlich nach 21,2 Min. Das salicylsaure Natron konnte im Harn nach 13,7 Minuten nachgewiesen werden. Als auf die Relation zwischen der Menstruation und der Resorptionsfähigkeit des Magens geachtet wurde, liess sich durch vergleichende Untersuchung während der Menstruationsperiode und während der Intervalle feststellen, dass Jod-Kali 2—4 Tage vor Beginn der Menses schneller resorbirt wurde, während zum Schluss der Menstruationsperiode die Resorption verlangsamt war. Bei Schwangern werden beide Präparate schneller resorbirt, als bei nicht Schwangern. Das Alter der Schwangern und die Schnelligkeit der Resorption befinden sich im umgekehrten Verhältniss.

N. Kosminin: «Uber den Einfluss des Fleischbouillons auf die Verdauung des Magens bei gesunden Menschen.» Vorl. Mitth. (№ 10).

Der Säuregehalt des Magensaftes war nach Bouillongenuss stets höher, als nach einem Probefrühstück; der Salzsäuregehalt (freie HCl.) war geringer, der der gebundenen Salzsäure höher. Die verdauende Kraft des Magens erwies sich als vermindert nach Bouillongenuss, verglichen mit der verdauenden Kraft nach dem Genuss eines Probefrühstückes. Die Resorptionsfähigkeit des Magens, der Gehalt an Peptonen und die motorische Kraft ist erhöht. Daraus folgt, dass Fleischbouillon die Magensaftsecretion erhöht und die Resorptions- und motorische Kraft des Magens vermehrt.

G. Chlopin: «Ueber das Verhalten der Wasserbacterien zu dem dem Wasser zugesetzten Sauerstoff.» (№ 11).

An der Absorption des dem Wasser künstlich hinzugefügten Sauerstoffe nehmen die Bacterien des Wassers einen nicht geringen Antheil, vielleicht einen grösseren, als die im Wasser enthaltenen chemischen Verbindungen. Beim Stehenlassen des Wassers bei Zimmertemperatur in nicht verschlossenen Gefässen verringert sich die Menge des Sauerstoffes sichtlich, wenn auch nicht rasch.

N. Georgiewsky: «Die Erkrankung der Militärpersonen an Tuberculose nach der Dauer der Dienstzeit und der Art ihrer Beschäftigung.» Vorl. Mitth. (№ 11).

Die höchste Morbiditätsziffer erstreckt sich auf das 3. Dienstjahr. Am meisten verbreitet ist die Tuberculose bei den Bewohnern im Nordosten Russlands. Der Grund für die verhältnissmässig stark entwickelte Frequenz der Erkrankungen an Tuberculose liegt in den ungenügenden sanitären Maassregeln und dem Missverhältniss des Brustumfanges zu der Körperlänge.

W. Roshansky: «Eine einfache Methode Flüssigkeiten bei hoher Temperatur zu filtriren. (№ 11).

Der gewöhnliche Dampfsterilisator Kochs diente zu diesem Zweck: R. filtrirte Agar durch einen gewöhnlichen Glasfilter, der auf einem Stativ in den Koch'schen Sterilisationsapparat gestellt wurde. Auf diese Weise wurde der Filter sich selbst überlassen, die Mühe des Beobachtens wurde erspart, und die Filtration ging schnell vor sich.

O. Petersen: «Ueber die Behandlung von Hautkranken in den Hospitälern Petersburgs.» (№ 10 und 19).

Es findet eine Zusammenstellung der verschiedenen Hautkrankheiten, die in den Jahren 1885—1890 in 7 Stadthospitälern Aufnahme gefunden haben. Unter 201459 in Hospitälern behandelten Kranken fanden sich 2570 Hautkranke, ein auffallend geringer Procentsatz, (weniger als 2%) wenn die Aufzeichnungen richtig sind, doch ist derselbe im Steigen begriffen. Auffallend gering ist der Procentsatz an Scabieserkrankungen.

N. Gamalei: «Die Behandlung der Diphtherie nach Behring's Methode.» (№ 11—14).

Zuerst werden die bisherigen Erfahrungen in der Frage der Diphtheriebehandlung zusammenfassend recapitulirt. Nach G.'s Ansicht hat das Heilserum durchaus nicht die Wirkung eines Gegengiftes, es enthält vielmehr modificirte Gifte, die Verf. Paratoxine benennt und die den Organismus zur Bildung von antibacteriellen und Antitoxin-Körpern anregen. Die Einverleibung des Heilserums enthebt den Organismus nicht seiner Arbeit, dieser muss vielmehr durch eigene Arbeitsleistung die Paratoxine in Körper umwandeln, welche die Bacterien und ihre Gifte tödten. Dann werden die Statistiken von Kossel, Waibgen, Roux, Martin, Baginsky etc. angeführt. Die Heilserumbehandlung hat einen effectiven Erfolg auf den localen Process, sowie die acute Infection, weniger wirksam ist dieselbe auf die polyneuritischen Erscheinungen. Mit der Steigerung der injicirten Serummenge ist die Wirkung eine sicherere; die in Deutschland übliche Dosirung ist zu klein.

S. Saleski: «Ueber die Isolirung und Fassung der Quelle Narsan.» (№ 11—13).

Die Quelle Narsan, im Kaukasus gelegen, hat nach der letzten Canalisirung ihre chemische Zusammensetzung und Temperatur geändert. Der Gehalt an Mineralsalzen hat sich um 25% vermindert, die Temperatur ist von 11½° R. auf 10° R. gefallen. Vor dem Jahre 1894 war die Quelle nicht isolirt und die Fassung nicht bis zum Ursprung geführt worden, erst die jetzige Fassung entspricht den Forderungen, indem alle Nebenzweige ausgeschlossen und die Quelle bis zu ihrem Ursprung verfolgt ist. Der Bestand der Narsanquelle ist jetzt ein mehr oder weniger constanter, dieselbe gehört zu den Kohlensäuerlingen.

J. Solowjew: «Bacterioskopische Untersuchung des Staubes in den Hospitalszeughäusern.» Vorl. Mitth. (№ 12).

Die beim Eintreten in's Krankenhaus von den Kranken abgelegten Kleidungsstücke und Wäsche werden meist in einem feuchten, dunkeln Raum, gewöhnlich einem Sousterrain, aufbewahrt und sind geeignet zur Züchtung allermöglichen Bacterien und zu deren Verbreitung zu dienen. In 3 Anstalten wurde die Untersuchung vorgenommen. Auf einem Quadmeter der Diele fanden sich im Durchschnitt 123103000, 273475000 und 72824000 Bacterien, darunter Bac. coli commun, B. pyocyaneus, B. ödemat. maligni, Staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus, flavus, Diplococcus pneumoniae Fränkel, Bac. typhosus, Bac. antracis etc. und zwar die pathogenen in 41,8%, dann eine Menge Schimmel- und Hefepilze. Aus diesem Ergebniss zieht Verf. den Schluss, dass die «Zeughäuser» in sanitärer Beziehung auch den bescheidensten Ansprüchen nicht genügen und einer fundamentalen Reform in Bau und Anlage bedürfen, die Räume müssen ventilirt, die Kleider desinficirt werden.

J. Bogdanow-Beresowsky: «Die Veränderung des Blutes bei Nierenerkraukungen.» Vorl. Mitth. (№ 12).

Bei entzündlichen Processen in den Nieren ist die Gerinnbarkeit des Blutes erhöht, ebenso die Zahl der weissen Blutkörperchen. Der Procentgehalt des Hämoglobins und die Zahl der rothen Blutkörperchen ist herabgesetzt. Das specifische Gewicht steht unter der Norm, steigt wenn es sich um Heilung eines acuten Processes handelt, während dasselbe bei chronischen kaum merkbare Schwankungen macht.

M. Sacharbekow: «Zur Bakteriologie der Petersburger Milch.» Vorl. Mitth. (№ 13).

Ein Cbctm. der von herumziehenden Verkäufern bezogenen Milch enthielt durchschnittlich 36357000 Bacterien, die in kleinen Buden 32660000, auf dem Markt 21615000, in Fermen gekaufte Milch 4606000 Bact. Am wenigsten enthielt die Milch, welche unter der Aufsicht von Sanitätsärzten stand und in städtischen Anstalten verabfolgt wurde. Am häufigsten und reichlichsten waren die Tubercelbacillen vorhanden, daneben Staphylococcus pyogenes aureus, bac. coli com., Diplococcus Fränkeli etc. Die Aufsicht über den Gesundheitszustand der Kühe und die Verkaufslocale ist eine ungenügende und reformbedürftige.

M. Selenew: «Die Verunreinigung der Hospitalsmöbel durch Microben.» Vorl. Mitth. (№ 13).

Am häufigsten war der Tuberkelbacillus vertreten, ausserdem der Pneumococcus Friedländers und Fränkels, Bac. pyocyaneus, Staphylococcenarten, der Cholerabacillus u. A. Auf den blank gestrichenen Tischen fanden sich weniger Bacterien als auf denen mit Wachstuch bedeckten.

A. Polotebnow: «Ueber die schädliche Beimengung von Seiten der Lufterwärmungsapparate und der Ventilationsöffnungen zur Luft bei centraler Luftheizung und Ventilation von Wohnräumen.» Vorl. Mitth. (№ 13).

Die Luft in der Luftheizungs- und Ventilations-Kammer ist reich an lebensfähigen Keimen, besonders in ersterer. Zum Theil wird die Luft verunreinigt durch Eindringen von Keimen durch die Spalten und Ritzen aus dem Sousterrain. Vorwiegend handelt es sich um Schimmelspilze, doch auch Strepto- und Diplococcenarten waren vertreten. Lingen.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. 1895. (Januar, Februar).

J. Tschekunow: «Meningitis cerebrospinalis purulenta.» (Januar).

Der 27-jährige Matrose klagte über Rückenschmerzen, die Temperatur war die erste Woche unregelmässig erhöht, meist subfebril, objectiv nichts besonderes nachweisbar. Gegen Ende der zweiten Krankheitswoche traten heftige Schmerzen in den unteren Extremitäten und Lähmungserscheinungen von Seiten der Blase und des Darmes auf, die Temperatur war meist über 39°. Am 16. Krankheitstage verlor Patient die Besinnung und starb im Koma nach circa 4 Stunden. Bei der Autopsie wurden Eiteransammlungen im Subarachnoidalraum längs den Blutgefässen der Hirnoberfläche und ebenso auf der Oberfläche und im Bereich des Lumbaltheils des Rückenmarks gefunden.

Der klinische Verlauf dieses Falles bot also bezüglich der Diagnose Schwierigkeiten, da erst gegen Ende der Erkrankung charackteristische Symptome auftraten.

G. Griwzow: «Beobachtungen über die venerischen Krankheiten im Sewastopoler Marinehospital 1893.» (Januar, Februar).

Von 877 Patienten litten 396 an Gonorrhoe, 297 an Ulcus molle und 184 an Lues (59 Ulcus induratum, 117 im condylomatösen Stadium, 8 im gummösen Stadium). Dank einer in letzter Zeit eingeführten strengeren Beaufsichtigung und wöchentlicher ärztlicher Untersuchung der Matrosen nahmen zu Ende des Berichtjahres die Sexualleiden ab.

G. beobachtete, gleich anderen, akute Urethritis auf nicht specifischer Basis, die sich in nichts, ausser dem bakteriellen Untersuchungsresultat, von der gonorrhoischen unterschied und durch einfach katarrhalische Zustände der weiblichen Genitalien hervorgerufen war. Bei der Behandlung der Syphilis konnte sich G. wieder von dem Vorzug der Hg.-injectionen überzeugen.

W. Heppener: «Untersuchungen über Malaria.» (Januar, Februar).

Autor kommt auf Grund von 163 im Kronstädter Marinehospital untersuchten Fällen zum Ergebniss, dass die Blutuntersuchung bei Malaria das werthvollste diagnostische Hilfsmittel ist, während alle anderen Symptome fehlen oder unvollkommen ausgeprägt sein können. Unter den 163 waren 129 frische Erkrankungen. 5 Mal trat dabei das Fieber abortiv auf, d. h. endete mit einem Anfall, der ohne Blutuntersuchung als Febris ephemera, Febris herpetica etc. gedeutet wäre. Die Therapie bestand ausschliesslich in Chinin, das zu keiner bestimmten Zeit verabreicht wurde. Im gegensatz zu Romanowsky, mit dessen bekannten Untersuchungen H. sonst übereinstimmt, wurde der Beginn des Untergangs der Plasmodien im Protoplasma, nicht im Kern beobachtet. Alle Malariafälle waren nach Kronstadt, häuptsächlich aus Südrussland, eingeschleppt worden und konnten nach 8—9 Monaten als vollkommen recidivfrei betrachtet werden. Das Incubationsstadium erstreckt sich nach H. in malariafreien Gegenden auf 8—9 Monate, in Malariagegenden dagegen kann es unbeschränkt lange Zeit dauern, bis die Krankheit bei günstigem Anlass ausbricht.

S. Grusdew: «Subcutane Injectionen von Aristol bei Lungentuberkulose.» (Februar).

G. machte 33 Phthisikern (Matrosen) täglich Injectionen von 1—15 Proc. Lösungen von Aristol in Ol. amygdal. dulc. 8 von diesen Patienten verweigerten eine Fortsetzung der Therapie wegen starker Schmerzhaftigkeit. Bei den übrigbleibenden 25 Patienten (zwischen 21 und 27 Jahren) wurden 22 Mal beginnende Spitzeninfiltration, 4 Mal Cavernen, 4 Mal tuberkulöse Pleuritis, circa 10 Mal beginnende Laryngitis und 1 Mal chronische Peritonitis constatirt. Alle klagten über heftige, langandauernde Schmerzen an der Stelle der Injection. Bei 20 Patienten nahm nach 14—30 tägiger Dauer der Behandlung der Husten, bei 9 das Sputum ab; bei 9 verringerte sich die Zahl der Tuberkelbacillen im Sputum, bei 4 verschwanden sie völlig und 3 von diesen konnten als «geheilt» entlassen werden. Ausserdem nahmen bei 14 Patienten die nächtlichen Schweisse bedeutend ab. Auf die lokalen Lungenerscheinungen schien das Aristol meist nicht zu wirken. 4 Patienten starben bald nach Beginn der Behandlung. Im allgemeinen waren die Resultate also nicht besonders glänzend, aber in Anbetracht dessen, dass das Aristol ausser Schmerzhaftigkeit keine schädlichen Nachwirkungen verursachte, möchte G. weitere Versuche bei beginnender Tuberkulose empfehlen.

Weyert

Medicina. № 10—16.

Prof. J. Kondakow: «Kurzer historischer Ueberblick der Entwickelung der Pharmacie und die Ursache des Verfalls der pharmaceutischen Schule.» (№ 10).

Antrittsvorlesung in Jurjew (Dorpat).

J. Neustab: «Grundzüge der Hygiene im Alterthum.» (№ 11).

J. Granowsky: «Zur Therapie des Tetanus traumaticus mit Injectionen des Antitoxins.» (№ 12).

Am 4. Oktober 1894 wurde auf die chirurgische Klinik des Prof. Podres (Charkow) ein 7-jähriges Mädchen aufgenommen, das alle Symptome des Tetanus bot: Trismus, Opistotonus, starke Contractur der Bauchmuskeln, visus sardonicus, allgemeine klonische Krämpfe, die von der linken Hand begannen, circa eine Minute andauerten und alle ½ Stunde sich wiederholten. Am linken Thenar fand sich eine kleine derbe Narbe. Am 15. Sept. war Patientin im Gemüsegarten gefallen und hatte sich dabei die Hand mit einem Splitter verletzt, der zur Abscessbildung Veranlassung gab und nach Eiterentleerung entfernt war. Am 9. Tage stellten sich Schlaflosigkeit, Unwohlsein und Schluckbeschwerden ein, es traten Nackenstarre und Krämpfe auf, so dass die Ueberführung in die Klinik nothwendig wurde. Warme Wannen und grosse Dosen Natriumtromat und Chloralhydrat beruhigten die Patientin. Am zweiten Tage nach der Aufnahme wurde die Narbe der linken Hand excidirt. Am 11. Tage nach der Aufnahme konnte Patientin den Mund vollkommen öffnen und kauen, die Krämpfe sistirten am Tage und traten nur schwach des Nachts auf. Die brettharte Contractur der Bauchmuskeln blieb bestehen. Hauptsächlich um letztere aufzuheben wurde das, nach Behring zubereitete Antitoxin angewandt: das erste Mal (am 13. Tage nach der Aufnahme, den 17. Okt.) wurden 10 Cm. in die linke Schulterblattgegend injicirt, am übernächsten Tage 3 Cm., nach 2 Tagen 4 Cm. und nach 2 Tagen wieder 4 Cm., endlich am 25. Oktober die letzten 4 Cm. Dabei trat Urticaria auf. Die Contractur der Bauchmuskeln und die nächtlichen Krämpfe waren schon nach der dritten Injection bedeutend schwächer geworden und hörten nach der fünften Injection völlig auf. Am 6. Novemb. verliess Patientin geheilt das Hospital.

Der Fall ist natürlich wenig beweiskräftig, da schon vor den Injectionen eine bedeutende Besserung der Erscheinungen eingetreten war.

J. Fridberg: «Die Wirkung der Eisenwässer, des Ferrum sulfur. und des Hämogallol. auf den Hämoglobingehalt und die Zahl der rothen Blutkörperchen im Blute Anämischer.» (№ 4, 6, 8—12).

F. kam bei seinen Versuchen zu folgenden Resultaten:

Pyrophosphorsaures Eisenwasser, Schwalbacher Stahlbrunnen und Pyrmonter wirken weder günstig noch ungünstig auf das Blut Anämischer. Das Essentucky-Wasser № 18 wirkt beim Hausgebrauch schlecht, in dem es den Hämoglobingehalt des Blutes herabsetzt. Ferrum sulfuricum bedingt in der Mehrzahl der Fälle eine unbedeutende Erhöhung des Hämoglobingehalts und der Zahl der Erythrocyten. Daher bessert sich auch der

objective und subjective Zustand der Patienten bei Anwendung desselben. Hämogallol hat eine deutlich günstige Wirkung auf das Blut Anämischer, indem es einerseits Hämoglobin und rothe Blutkörperchen vermehrt, anderseits die Zahl der Leukocyten herabsetzt — ist also das beste Präparat, das in der Mehrzahl der Fälle alle krankhaften Symptome Anämischer beseitigt.

Bormann: «Ein Fall von therapeutischer Anwendung des Pankreas.» (№ 13.)

Nachdem Minkowsky zuerst auf den Zusammenhang zwischen Diabetes mellitus und Pankreasaffection aufmerksam gemacht hat, haben namentlich die Franzosen versucht das Pankreas bei Diabetes therapeutisch zu verwerthen. Im Allgemeinen waren die Resultate aber ziemlich widersprechend. Daher fühlte sich B. auf Aufforderung des Prof. J. Wassiljew veranlasst, das Pankreas in verschiedenen Präparaten bei einem Diabetiker, der ausserdem an Tuberkulose und chronischer Bronchitis litt, anzuwenden. Die tägliche Harnmenge war bei der Aufnahme des Patienten in die Klinik 3600,0 spec. Gewicht 1035—1048 und die tägliche Zuckermenge 400,0. Bei reiner Fleischkost und vor Beginn der Pankreasbehandlung sank indessen die Harnmenge bereits auf 1500—2300,0, spec. Gewicht: 1030, tägliche Zuckermenge 30—60,0. Bei gemischter Kost schwankte die tägliche Zuckerausscheidung zwischen 30—110,0. Das Körpergewicht nahm zu. Circa 1 Monat nach der Aufnahme (am 5. April) begann die tägliche Verabreichung von einem gerösteten Ochsenpankreas, die Zuckerausscheidung sank auf 17,0, stieg dann aber wieder auf 40,4. Dabei wurde das Pankreas dem Patienten so zuwider, dass vom 13. April der ausgedrückte Saft eines halben Pankreas per Clysma applicirt wurde vom 20. April wurden; täglich 1½ Ccm. des Pankreasextracts subcutan injicirt, ohne die Zuckerausscheidung besonders zu beeinflussen, die zwischen 33—60 Grm. täglich schwankte. Die Kost war gemischt. Am 9. Mai verliess Patient die Klinik, hatte 8½ Pfd. zugenommen, fühlte sich subjectiv besser.

Dass also die Anwendung des Pankreas einen deutlichen Effekt bei diesem Patienten erzielt hätte, wie B. meint, kann man wohl kaum zugeben.

Dowginsky: «Zur Behandlung der Diphtherie.» (№ 14).

Autor hat als Landarzt im Kiew'schen Gouvernement die höchst merkwürdige (!?) Entdeckung gemacht, dass «1) der Scharlach und vielleicht auch die Masern, welche wie bekannt immer mit ersterem zusammen auftreten und beinah dieselben Complicationen aufweisen (Ohrenleiden, Krup, Pneumonie etc.) ebensolches Typhoid der Diphtherie sind, wie der Flecktyphus ein Typhoid der Cholera. 2) dass Scharlach, Diphtherie, Krup und Angina follicularis durch Erkrankung des Gehörorgans vielleicht sogar des Schädels und des Halses wie bei Skrophulose bedingt sind und dass 3) die Therapie dieser Krankheiten sich hauptsächlich auf die Behandlung des Grundleidens d. h. der Ohren- und Kopferkrankung concentriren muss.» Die Behandlung nach D. besteht in folgendem: im Beginn der Erkrankung bei hohen Temperaturen wirken am besten Essigklystiere (besonders gegen Erbrechen) und Calomel neben heissen Wannen 3—4 Mal am Tage. Auch Senfteige auf Nacken und Rücken leisten bedeutendes. Ausserdem muss der Rachen 3 Mal täglich mit Carbolcampheröl gepinselt werden. Bei niedriger Temperatur (unter 39°) muss der Nacken, hauptsächlich die Stelle hinter den Ohren, mit Ungt. canthariď. ordentlich eingerieben und das Kind in ein Dampfbad gebracht werden. In die Ohren wird Borglycerin geträufelt und innerlich Ferrum sesquichloratum verabreicht. Die Kantharidensalbe soll gehörig Blasen ziehen, die Blasen werden später aufgestochen und mit in Baumöl getränkter Watte bedeckt. Bei Krup müssen Kantharidensalbe und Dampfbäder möglichst frühzeitig zur Anwendung kommen. Diese Behandlung ist, wie Autor zugiebt und worin allein wir mit ihm übereinstimmen, recht quälend, «aber setzt er hinzu, ist denn die Serumbehandlung und die Tracheotomie, ganz abgesehen von ihrem problematischen Nutzen, weniger grausam?»

Von 21 Scharlachfällen im letzten Januar hat D. dank seiner Behandlung keinen verloren, von 14 Fällen Diphtherie mit Krup (natürlich ohne bakteriologische Untersuchung) nur 2. Ausserdem wäre noch hinzuzufügen «dass die Hypertrophie der Mandeln und sogar Zahnschmerzen und Zahncaries am besten durch Einreiben des Nackens mit Kantharidensalbe und Einträufeln von Borglycerin in die Ohren geheilt werden.» Mehr kann man von dieser Behandlungsmethode doch schlechterdings nicht verlangen! (Anm. des Ref.).

S. Tschirwinsky: «Ueber die Schnelligkeit der Fortbewegung und Filtration der Lymphe.» (№ 14).

T. stellte seine Versuche an hungernden Hunden an, denen er bei künstlicher Athmung und unter Narkose kleine Mengen Natrium salicyl. ins Blut oder direct in die Lymphgefässe einführte. Bei Injection des salicylsauren Natrium in die Vena jugularis ext. oder Aorta descendens erschien dasselbe im ductus thoracicus nach 4—7 Min., was sich durch die charakteristische Färbung einer verdünnten Fe_2Cl_6 Lösung, in der die Lymphe aufgefangen wurde, leicht nachweisen liess. Wenn das Na. salic. in die Aorta descendens, A. femoraris oder a. plantaris eingeführt wurde, konnte dasselbe in den Lymphstämmen desselben Beines in 2—3 Min. nachgewiesen werden. Die Schnelligkeit der Weiterbewegung der Lymphe von einem Lymphgefäss der Pfote bis zur Ausmündungsstelle des ductus thoracicus betrug 1 Min. 20 Sek. bis 3 Min. 20 Sek. Ferner konnte T. nachweisen, dass das ins Blutgefäss injicirte Na. salic. nach 7—8 Stunden aus der Lymphe des ductus thoracicus verschwand, dass dagegen das ins Lymphsystem eingeführte Na. salic. bereits nach circa 1 Stunde nicht mehr nachweisbar war.

M. Feodosjew: «Ueber Complication des Abdominaltyphus mit Gelenkentzündung.» (№ 15)

F. führt 4 Fälle an: bei 3 Patienten stellten sich einige Tage nach vollkommenem Temperaturabfall Schmerzen in den Hand- und Fussgelenken ein. Die Gelenke waren wenig geschwollen, in einem Fall die Haut darüber auch leicht geröthet, die Temperatur subfebril. Nach wenigen Tagen hörten unter Bepinseln der Gelenke mit Jodtinktur alle Erscheinungen auf. Alle 3 Typhen verliefen mittelschwer, einer sogar leicht. Beim vierten Patienten begann die Schmerzhaftigkeit des rechten Kniegelenks im Anfang des Abdominaltyphus, die Haut darüber war nicht verändert, das Gelenk nicht geschwollen. Am nächsten Tage wurden auch das rechte Ellbogen- und rechte Handgelenk schmerzhaft. Bald jedoch hörten die Schmerzen auf und der Typhus nahm seinen normalen Verlauf. F. glaubt, dass es sich in diesen Fällen um eine Lokalisation des typhösen Virus in den Gelenken handelte.

A. Krupetzky: «Vergleich der Wirkung des Hämogallol und Ferratins. (№ 16).

K. wandte abwechselnd beide Mittel bei 2 Patienten an. Der eine war ein in dürftigen Verhältnissen lebender Alkoholiker, der ausserdem einen Botriocephalus latus beherbergte. Nach Abtreibung des letzteren entwickelte der anämische Patient einen äusserst gesunden Appetit. Es wird daher wohl nicht nur auf die Wirkung obengenannter Präparate zurückzuführen sein, wenn die Zahl der rothen Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes stiegen und Patient in 3 Monaten an 25½ Pfnd. zunahm. Das Hämogallol wirkte scheinbar besser als das Ferratin; beide erregten Appetit. Im zweiten Fall handelte es sich um ein chlorotisches Mädchen und hier war die Wirkung beider Mittel auf Blut und Körpergewicht sehr gering, nur das subjective Befinden besserte sich.

Z. Wolfson: «Ein Fall von Krup, geheilt mit Behring'schem Serum.» (№ 15).

Der 2jährige Knabe bot am 17. Februar 1894 bei normaler Temperatur die Erscheinungen einer mässigen Larynxstenose, die allmählich zunahm. Am 19. Februar zeigten sich kleine Beläge auf den Mandeln wie bei Angina follicularis. Der Knabe war blass, die Respirationsbehinderung bedeutend. Eine bakteriologische Untersuchung unterblieb leider. Doch wurden in der Befürchtung, dass die Laryngitis diphtheritischer Natur sei 10 Ccm. Behring № 2 injicirt. Am nächsten Tage stellten sich Temperaturerhöhung und reichliche Expectoration schleimig eitriger Massen ein. Die Respiration wurde freier und den Tag darauf verschwanden die Beläge auf den Mandeln. Am 22. Februar waren Temperatur und Respiration normal. Der Urin blieb eiweissfrei, Exanthem wurde nicht beobachtet.

Weyert.

Medicinskoje Obosrenje. № 8 und 9.

A. Kissel: «Ueber intermittirende Cerebrospinalmeningitis». (№ 8).

Verfasser beschreibt 3 Krankheitszustände, die mit intermittirendem Fieber verliefen und von ihm als Cerebrospinalmeningitis gedeutet werden (diese Diagnose ist jedoch durchaus nicht einwandsfrei. Anm. des Ref.).

Pl. Tichow: «Zur Casuistik der multiplen symmetrisch auftretenden Lipomen». (№ 8).

Bereits in Nr. 18 1884 d. Journals hat T. 2 Fälle von symmetrischen Lipomen veröffentlicht, denen er jetzt noch 3 Krankheitsfälle beifügt. In allen Fällen war die Localisation der Lipome dieselbe: immer waren ergriffen die Oberarme, und zwar deren Vorderfläche, die Hinterbackengegend, die äussere und hintere Fläche der Oberschenkel und die Kreuzbeingegend. Diese Localisation entspricht nicht den Angaben von Grosch, weshalb Verf. die geistreiche Theorie von Grosch über die Pathogenese der Lipome nicht acceptiren kann; es müssen andere Momente, als das einfache Zahlenverhältniss der Drüsenapparate in bestimmten Hautregionen, mitspielen.

A. Hippius: «Eine aseptische Spritze (Mentzel) zur subcutanen Serum-Injection». (№ 8).

S. Obolenski (Professor): «Ueber intraperitoneale Verwachsungen, deren Pathogenese und Diagnostik». (№ 9).

Verf. weist darauf hin, dass die intraperitoneale Verwachsungen, die noch bis vor Kurzem nur die Chirurgen interessirten, jetzt auch grosse Bedeutung für den Internisten erhalten haben, seitdem namentlich Riedel, Lauenstein, Hacker und andere Autoren zur Evidenz erwiesen haben, dass viele Krankheitssymptome einzig und allein durch intraperitoneale Verwachsungen verschiedener Bauchorgane bedingt werden. Die Symptomatologie dieser krankhaften Zustände ist natürlich sehr variabel, die Diagnose kann häufig nur per exclusionem gestellt werden. In dieser Abhandlung berücksichtigt O. nur die Verwachsungen des Magens mit anderen Organen, wie Leber, Gallenblase, Colon transversum etc. In der Anamnese spielen dabei eine Rolle: Gallensteine, rundes Magengeschwür, Trauma, Anätzung des Magens, Darmentzündung. O. beschreibt einen hierher gehörigen Fall: Ein 50-jähriger Bauer trat in die Klinik am 31. October 1894 ein mit Klagen über starke Schmerzen in der Magengegend, die anhaltend sind und Appetit, so wie Schlaf rauben; Obstipation und Gefühl von Völle. Vor 8 Jahren erhielt der Patient in einer Rauferei ein Schlag in die Magengegend, wonach er 2 Jahre lang krank war; hauptsächlich quälten ihn die Schmerzen in der Magengegend; nach 2 Jahren liessen sie aber in der Intensität nach und schwanden allmählich ganz. Vor einem Jahre erst traten sie wieder auf, wurden immer heftiger, so dass Patient nicht mehr arbeiten konnte und sogar das Gehen ihm schwer wurde. Objectiv konnte O. nur eine Anaemie constatiren und daneben starke peristaltische Bewegungen in der Magengegend von links nach rechts. Diese peristaltische Unruhe des Magens hatte etwas Typisches an sich: im linken Hypochondrium tritt eine faustgrosse Erhöhung auf, die sich von links nach rechts bewegt und an der rechten Parasternallinie still steht; hier bildet sich eine quasi Rinne; alsdann tritt eine neue wellenförmige Erhebung auf, die weiter nach rechts sich ausbreitet, um an der linea mammil. dextr. zu verschwinden. Im Querdurchmesser fand O. den Magen etwas ausgedehnt. Im Magensaft war immer Salzsäure nachzuweisen, was gegen Carcinom sprach. An Stenose in Folge von Pylorushypertrophie, ferner an narbiger Pylorusstenose konnte nicht gedacht werden, weil weder in der Anamnese Anhaltspunkte zu finden waren, noch fand sich eine Geschwulst oder eine Verdickung in der Pylorusgegend. Verf. konnte sich den Fall nur folgendermassen erklären: nach einem Trauma trat bei dem Patienten eine locale Peritonitis auf, und zwar in der Gegend der Leber und der mehr nach rechts gelegenen Magenparthie; diese Peritonitis heilte allmählich in Verlauf der 2 Jahre; es bildeten sich jedoch Verwachsungen zwischen Magen und Leber oder rings um den Pylorus — denselben einschnürend. Es wurde nun die Laparotomie vorgenommen, und in der That erwiesen sich rechts von der Linea alba Stränge, die von der kleinen Curvatur zur Leber gingen. Die festen Verwachsungen konnten jedoch nicht gelöst werden, weshalb die Gastro-Enterostomia ausgeführt wurde. Nach der Operation erholte sich der Patient sehr rasch, die Schmerzen schwanden vollständig, es trat Appetit ein, regelmässiger Stuhlgang, und Patient konnte wieder seine Landarbeiten aufnehmen.

Als mehr weniger charakteristisch für solche Verwachsungen sind nach Verf. folgende Symptome anzusehen: 1) starke Schmerzen, die an cardialgische, enteralgische, an Leber- und Nierenkoliken erinnern können. 2) Dilatation des Magens, wenn die Verwachsungen den Pylorus tangiren. 3) Eine gewisse Fixation, Unbeweglichkeit des Magens am Ort der Verwachsung — dies constatirt man bei häufigen Untersuchungen des Magens vor und nach der Ausspülung, bei Aufblähung desselben etc. 4) Normales Verhalten des Magensaftes, Bestehen der resorbirenden und motorischen Functionen. 5) Fehlen jeglicher Geschwulst in der Magengegend. 6) Anamnestische Daten, die auf ulcus ventriculi, Gallensteine, Traumata und Anätzung hindeuten. 7) Völlige Erfolglosigkeit der internen Behandlung.

S. Sajaitzki: «3 Fälle der Schröder'schen vaginalen Extirpation des carcinomatös degenerirten Uterus, operirt mittelst der Richelot'schen Klemmpincetten». (№ 9).

Verf. bemühte sich festzustellen, in wie weit Vortheile durch die Anwendung der Richelot'schen Klemmpincetten erzielt werden können. Die 5 Fälle boten verschiedene Bilder: im ersten Fall bestand Carcinom des Cervix mit Infiltration des paracervicalen Zellgewebes bei nicht ganz beweglichem Uterus. Fall 2: primäres Corpuscarcinom bei seniler Vagina und vergrössertem Uterus. Fall 3: cancer incipiens colli bei breiter Scheide und beweglichem Uterus. Alle 3 Patienten bestanden die Operation ganz gut und blieben am Leben, was jedoch Verf. durchaus nicht der Richelot'schen Modification zuschreibt. Im 3. Falle führte S. die Operation in 10 Minuten aus, die Ligaturmethode würde mindestens 15—20 Minuten erfordert haben. Die schweren Fälle Nr. 1 und 2 erforderten eine halbe Stunde Zeit, die Anlegung von Ligaturen würde 40—50 Minuten in Anspruch nehmen, jedenfalls ist kein bedeutender Gewinn an Zeit zu constatiren. Das Anlegen der Klemmpincetten ist nicht ganz leicht und muss der Finger immer zunächst eingeführt werden, was die Asepsis stört. Die Blutung ist viel bedeutender bei der Richelot'schen Modification: in einem Falle trat eine Blutung ein, nachdem die Pincette entfernt worden war (48 Stunden nach der Operation); auch der Verlauf der Heilung nach der Operation ist bedeutend schlechter, als bei der Ligaturmethode. Die Patientinnen klagten über starke Schmerzen, während die Pincetten noch lagen. Die Eiterung war grösser, als bei der Ligaturmethode; in einem Falle trat sogar im Scheideneingang durch den Druck der Pincetten Decubitus ein. In einem Falle stellte sich sehr rasch Recidiv ein, was vielleicht bei der Ligaturmethode verhindert werden konnte, da man bedeutend weiter vom Uterus operiren könnte. Als einzigen Vortheil ist anzusehen, dass die durch die Ligaturen bedingte Eiterung fortfällt und dass die Anlegung der Ligaturen dem Anfänger viel mehr Schwierigkeiten bereitet als das Aufsetzen der Klemmpincetten. Zum Schluss empfiehlt S. die von Vajna (Budapest) angegebene Chloroformmaske zur Narcose.

A. Ssolowjew: «Ein Fall von Endometritis complicirt mit Aphonie und Parotitis; Heilung der Aphonie nach Aufschneiden des parotitischen Abscesses». (№ 9).

Die Aphonie trat ganz plötzlich, nachdem die Patientin eine Influenza durchgemacht hatte, ein; aus unbekannten Ursachen entwickelte sich bei der Patientin eine Phlegmone in der Parotis, beim ersten Schnitt schrie die Kranke laut auf und seit dieser Zeit kehrten die Stimme und die Sprache zurück.

P. Lesin: «Ueber Veränderungen der Prostata bei Thieren nach Castration». (№ 9).

Die Veränderungen studirte L. an verschiedenen Thieren. Schon makroskopisch liess sich eine Volumsveränderung der Drüsen im Vergleich zu denen normaler Thiere erkennen. Mikroskopisch constatirte Verf. Abnahme der Drüsensubstanz, bindegewebige Durchwachsung der Muskelfasern. Bei verschiedenen Thieren war der Befund auch etwas variabel, jedenfalls konnte L. feststellen, dass die Veränderungen nach Castration hauptsächlich in Atrophie des Drüsengewebes und Bindegewebsentwicklung beruhen. Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej.
Januar — Februar, № I—II, 1895.

E. F. Tschernewski: «Einige Bemerkungen über die geburtshilfliche Zange». (1).

Ein Instrument, welches zur Entwickelung des vorliegenden Kopfes bestimmt ist, muss folgende Hauptbedingungen erfüllen: 1) es darf weder dem Kinde noch der Mutter Laesionen zufügen 2) darf es den kindlichen Schädel nicht verhindern denselben Geburtsmechanismus durchzumachen, welchen derselbe bei spontanem Durchtritt durch das Becken ausführt. Diesen Anforderungen entspricht die «klassische» Zange durchaus nicht. In einer Zeit (2. Hälfte des 17. Jahrhunderts) erfunden, wo die Ansichten über den Mechanismus, welchen der kindliche Schädel bei der Geburt durchmacht, noch falsche waren, unterstützt dieses Instrument nicht nur die Drehung des Schädels nicht, sondern verhindert geradezu die Ausführung derselben.

Wesentliche Verbesserungen in diesem Sinne ist auch nicht durch die Zange ohne Beckenkrümmung und die Achsenzugzangen geschaffen worden. Die von Dimant erfundene Zange ist insofern beachtenswerth, als sie in Folge des Kugelgelenkes welches zwischen Griff und Löffeln eingeschaltet ist, dem Kopf wenigstens während der Tractionen eine Drehung um die Längsachse des Instrumentes gestattet. Den übrigen, den Beckenverhältnissen sich anpassenden, Lageveränderungen des Kopfes tritt auch diese Zange hindernd entgegen.

Trotz aller dieser Mängel kann die Zange in allen Fällen wo der Kopf «zangengerecht» steht grosse Dienste leisten. Bei hohem Kopfstand, oder anderen ungünstigen Bedingungen, muss immer daran gedacht werden, dass die Zange ein sehr unvollkommenes, selbst grobes Instrument ist, bei dessen Application man sich durch keinerlei theoretische Calcule leiten lassen darf, sondern in jedem Falle individualisirend vorgehen muss.

N. S. Kannegiesser: «Einige Notizen zur Frage von der intrauterinen Leichenstarre der Frucht». (I).

An 3 einschlägige Krankengeschichten sich anschliessende Erörterungen über die Entstehung in Rede stehenden Phänomenes.

P. F. Bogdanow: «Zur Frage von der operativen Behandlung der Uretro-vaginal-Fisteln». (I).

Verf. theilt 2 Krankengeschichten mit, in welchen er, trotz nicht vollständig gelungenen operativen Eingriffes, Gelegenheit hatte zu beobachten, dass der Harn im Verlaufe einiger Stunden gehalten und dann spontan entleert werden konnte. Der Blasenverschluss kam durch Verlegung der Uretralmündung durch eine Membran zu Stande, welche die Rolle des Sphincters übernahm.

W. M. Burlakow: «Zweck, Bedingungen und Indikationen der sog. hohen Zange». (I).

Aus den in der Literatur des In- und Auslandes vorhandenen Angaben ist ersichtlich, dass die Frage von der «hohen Zange» im Laufe der Zeit verschiedene Beantwortung gefunden hat.

Einer Periode des Enthusiasmus folgte eine Zeit, in welcher der Applicationsweise der Zange jede Berechtigung abgesprochen wurde; in der darauf folgenden Periode kam die Operation mit Einschränkungen wieder zur Geltung.

Die Thesen, welche Verf. der Mittheilung 2 Fälle anreiht sind in Kürze folgende: 1. Zweck der hohen Zange ist eine protrahirte Geburt schnell zu beendigen, wobei möglichst auf den normalen Geburtsmechanismus Rücksicht genommen wird. Es handelt sich entweder um das Herableiten des a) normalen, aber aus irgend welchen Gründen nicht tiefer getretenen b) des nicht gut configurirten Schädels in ein normales Becken, oder um die Entwickelung des Kopfes durch ein verengtes Becken. Die Bedingungen für die hohe Zange sind dieselben wie bei der typischen Zange. a) Vollständige Erweiterung des M. M. b) Das Fruchtwasser muss abgegangen und der Kopf nicht mehr von Eihäuten bedeckt sein. c) Das Becken darf nicht absolut verengt sein. d) Der Kopf muss, obgleich hoch stehend, doch mehr weniger im Becken fixirt sein. 3. Indicationen: a) Gefahren von Seiten der Mutter oder der Frucht. b) protrahirte Geburt in Folge von Wehenschwäche, engem Becken etc.

S. S. Cholmogorow: «Das Catgut bei Operationen am Perineum und der portio vaginalis». (I).

Bekanntlich ist das Nahtmaterial bei Ausführung einer Colpoperinaeoplastik von einigem Einfluss auf den Erfolg der Operation. Ch. hat sich von der Unzulänglichkeit der Seide zu diesem Zwecke überzeugt und wendet jetzt nur Catgut an, welches folgendermaassen präparirt wird. Trockenes Catgut (Nr. 3) wird auf ein Glasröllchen gewickelt und zur Entfettung auf 24 Stunden in Aether gelegt. Nach Ablauf dieser Zeit kommt es nach Verdunstung des Aether in eine wässerige Lösung von Sublimat 1:100 auf 24 St.; darauf auf eben solange Zeit in Alcohol von 95°. Aufbewahrt wird es in einer Lösung bestehend aus: 90 Th. Spiritus, 10 Th. einer 1% wässerigen Sublimatlösung. Das auf solche Weise präparirte Catgut kam nur bei «inneren» Nähten zur Anwendung, die äusseren Hautwunden wurden durch Seidennähte vereinigt. Die Resultate waren wie die beigefügten Krankengeschichten zeigen gute.

W. J. Stolz: «Ueber die Zange». (II).

Zu einer Zeit, wo die Ahlfeldt-Phenomenow'sche Ansicht immer mehr Anhänger zu gewinnen scheint, fühlt sich S. als alter Praktiker verpflichtet einiges zu Gunsten der Frage anzuführen. Die Vorwürfe, welche der, selbst auf den «Zangengrecht» stehenden Kopf angelegten, Zange gemacht werden (häufige Rupturen und Verletzungen der Weichtheile, stärkere Blutung, pathologisches Wochenbett, schwere Verletzungen des kindlichen Schädels sucht S. zurückzuweisen theils weil sie nicht der Operation zur Last gelegt werden können, theils weil sie sich durch richtige Wahl des Instrumentes und grössere Uebung des Operateurs vermeiden lassen. Was die hohe Zange anbetrifft, so äussert sich S. folgendermaassen: 1. der «hohen Zange» bei engem Becken muss das Bürgerrecht in der Wissenschaft erhalten bleiben. 2. Die Zange darf nur an den im Beckeneingang stehenden Kopf und bei strikter Indication angelegt werden. 3. Die Tractionen sind immer nur in der Richtung auszuführen, welche von dem tiefer tretenden Kopf und dem Instrumente selbst angegeben wird. 4. Jede beliebige Zange, an welche der Operateur sich gewöhnt hat, kann an den hoch stehenden Kopf applicirt werden. 5. Die Hauptsache besteht nicht im feineren Mechanismus des Instrumentes, sondern in der geübteren Hand. Solche Zangen sollen daher auch nur von Erfahreneren angelegt werden, auch muss die Kraftentfaltung bei den Tractionen keine zu starke sein.

J. M. Lwow: «Geburt bei Doppelbildung der Frucht». (II).

Vorliegende klinische Vorlesung wurde im Anschluss an folgenden zur Beobachtung gelangten Fall gehalten. III para. Trotz sehr heftiger Wehen folgt. nachdem der Kopf des Kindes schon geboren war, der Rumpf nicht nach; starke Extractionsversuche von Seiten der Hebamme bleiben gleichfalls ohne Erfolg. Pat. wird daher in's Gebärasyl gebracht. Hier wurde nach Abtragung des schon geborenen Kopfes constatirt, dass die Schultern im queren Durchmesser des Beckens und etwas nach links verlagert waren; rechts etwas höher befindet sich der Schädel einer 2. Frucht. Da selbst nach Herableiten eines Armes der erstgeborenen Frucht, Extractionsversuche erfolglos blieben, wurde das Vorhandensein einer Doppelmissgeburt angenommen.

Perforation des Schädels der 2. Frucht; schwere Extraction mit dem Kranioklast, weil die Schultern der nicht grossen Früchte doch nur schwer, beide zugleich, den Geburtskanal passiren konnten. Die Missgeburt ist ein typischer Fall von Thoracopagus.

Th. A. Dobbert: «Mittheilungen aus der Hospitalpraxis». (II).

1. «Ein Fall von eiteriger Zerstörung der Schamfuge im Wochenbett».

2. «Ueber Abortus incompletus».

Unter 152 Fällen von Blutungen nach Abort wurde 100 Mal eine instrumentelle Ausräumung des Uteruscavum vorgenommen; 31 Mal waren die Abortreste schon in Zersetzung übergegangen. In 55,6% der Fälle wurde sowohl vor wie nach der Operation kein Fieber beobachtet. 19 Pat., welche vor der Operation nicht fieberten, zeigten nach derselben einmalige Temperaturerhöhungen. Bei 24 Pat., welche schon vor der Operation fieberten, fiel die Temperatur, bei 7 Pat. nach der Auskratz. zur Norm herab, bei 17 sank das Fieber erst in den folgenden Tagen (2—3). Die bekannten, schon von mancher Seite hervorgehobenen, Vortheile der instrumentellen Behandlungsmethode unvollständiger Aborte, welche Verf. nur bestätigen kann, veranlassen ihn sich für diese Methode auszusprechen.

3. «21 Fälle von Haematocele retrouterina».

Das aetiologische Moment war in 13 Fällen Tubenschwangerschaft. Die Therapie war in 11 Fällen rein expectativ, in 2 Fällen kam es zum Durchbruch im Rectum, 1 mal wurde die Elytrotomie, 7 mal die Koeliotomie ausgeführt.

4. «Ein Fall von hydrocele feminae».

Dobbert.

Дозв. ценз. Спб. 17 Іюня 1895 г. Herausgeber: Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke, Katharinenhofer-Pr. № 15

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 6. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1895.

Wratsch. 13–20 incl.

D. Nasarow: «Ein Fall eines angeborenen Herzfehlers (Verengerung des Conus und der Mündungsstelle der art. pulm. communicirende Oeffnung in dem Septum der Ventrikel) zu Lebzeiten erkannt und durch die Section bestätigt». (Nr. 12, 13 und 14.)

Pat. 18 Jahre alt, litt von Jugend auf an Athemnoth und Herzklopfen, Nase, Wangen und Lippen cyanotisch, die Haut der Vorderarme blau, «als wären sie in blaue Farbe getaucht», die Endphalangen kolbenartig aufgedrungen, keine Oedeme. Die Herzgegend leicht vorgewölbt, die Dämpfung überragt rechts um ½ Fingerbreite den rechten Sternalrand, links ein Fingerbreit jenseits der Mammillarlinie. Herzspitzenstoss schwach, diffus verbreitert, im 4. und 5. Intercostalraum. An der Herzspitze ist neben dem systolischen Ton ein blasendes weiches Geräusch zu hören, noch deutlicher an der Anheftungsstelle der 4. Rippe an das Brustbein, weniger deutlich über der Pulmonalklappe. Ueber den Aortaklappen, wie auch über der art. carotis und subclavia ein systolisches Geräusch. Milz und Leber etwas vergrössert. Exophthalmus, venöse Hyperämie des Augenhintergrundes, Staphyloma posticum. — Per exclusionem wurde Verengerung der art. pulm., wahrscheinlich combinirt mit einem angeborenen Defect in der Ventrikelwand angenommen. Nach ungefähr 2 Jahren ging Pat. an Lungentuberculose zu Grunde. Die Section ergab neben Anderem: beträchtliche Verengerung der Eintrittsstelle der art. pulm., so dass nur eine 2 Mm. dicke Sonde passiren konnte und eine Oeffnung zwischen den beiden Ventrikeln.

N. Tschigaew: «Die Bedeutung der Muskelarbeit bei der Entstehung der Arteriosclerose». (Nr. 13, 14 u. 15.)

Andauernde schwere Muskelarbeit (Fabrikarbeiter) ist entschieden auf die Beschaffenheit der Arterienwandungen von Einfluss, dieselben werden härter, mehr gewunden (Pseudo-Arteriosclerosis). Der erste Aortenton wird dumpfer, der zweite mehr accentuirt. Bei Feldarbeitern treten diese Erscheinungen schwächer und später auf, als bei Fabrikarbeitern. Die Arterienwandungen sind sehr oft in mehr jugendlichem Alter pathologisch verändert. Dabei spielt der Blutdruck eine grosse Rolle und dieser ist wieder abhängig von starker Muskelarbeit.

A. Wigura «Ueber die Menge und Eigenschaft der Microben auf der Haut gesunder Menschen«. (Nr. 14.)

Vorläufige Mittheilung.

Auf 1 Cbcm. Hautoberfläche auf der Brust fanden sich 18–9843, dem Rücken 6–24936, dem Oberschenkel 17–5305, auf dem Zeigefinger 120–23400 Microben. Als Untersuchungsobjecte dienten Krankenwärter, Fuhrleute, Fabrikarbeiter und Leute aus der besseren Klasse. Letztere hatten auf der Haut weniger Microben. Was die Art der Bacterie betrifft, so wurden Tuberkelbacillen, Staphylococcus pyogenes aureus, albus und citreus, Bac. col. com. und Typhusbacillen gefunden.

A. Schurigin: «Zur pathologischen Anatomie der Respirationsmuskeln bei acuten pleuritischen Entzündungen». (Nr. 14.)

Vorläufige Mittheilung.

Die geringe Excursion der betheiligten Thoraxhälfte bei einer frischen Pleuritis kann nicht allein seinen Grund haben darin, dass Pat. wegen Schmerzempfindung die betroffene Seite schont, sondern auch in einer directen Betheiligung der Intercostalmuskeln, sei es dass der entzündliche Process von der Pleura auf diese übergeht, sei es, dass diese einem, wenn auch vorübergehenden Zustande der Atrophie unterliegen. Verf. untersuchte die Intercostalmuskeln von Hunden und Kaninchen, nachdem diesen künstlich eine Pleuritis beigebracht war. Die Muskeln zeigten in der Nähe der Gefässchen und Bindegewebsstreifen Anhäufungen von runden Zellen, die auch zwischen den Muskelfibrillen zu treffen waren, auch punktförmige Blutaustritte waren hie und da sichtbar. Die Muskelfibrillen waren ungleichmässig aufgetrieben, die Sarcolemmakerne ebenfalls, manches Mal waren letztere vermehrt.

N. Wirubow: «Ueber die Färbung der nach Pahl bearbeiteten Hirnschnitte mit oxalsaurem Carmin». (Nr. 14.)

Nach Entfärbung der Schnitte in der Pahlschen Lösung werden diese in Wasser abgespült und in eine wässrige neutrale Carminlösung, der einige Tropfen Oxalsäure zugefügt werden, getaucht und 24—36 Stunden liegen gelassen. Die Achsencylinder treten deutlich hervor, die Kernkörperchen zeichnen sich scharf ab, der Zellkern weniger deutlich, das Zellprotoplasma färbt sich weniger.

A. Tauber. «Primäres Sarcom der Mandel. Entfernung der Geschwulst. Genesung». (Nr. 15 u. 16.)

Bei einem 50-jährigen Mann war in der rechten Halsgegend etwas über dem unteren Kieferwinkel eine 2½–3 Ctm. breite harte unebene Geschwulst sichtbar. Die rechte Mandel gänseeigross, hart, schmerzlos, röthlich-violett verfärbt, die Geschwulst geht auf den rechten Gaumenbogen und die seitliche Kehlkopfwand über, der rechte Zungengrund ist auch ergriffen. Schnelles Wachsthum dieses Tumors. Operation-Entfernung der malign. degenerirten Halslymphdrüsen. Anlegung eines Unterbindungsfadens unter die art. carotis, der im Falle einer heftigen Blutung zugezogen werden sollte. Schnitt vom rechten Mundwinkel in querer Richtung, so dass derselbe mit dem oberen Wundwinkel des eben angelegten Schnittes (Blosslegung der carotis) zusammentraf. Nach Entfernung des zweiten Backenzahnes und Loslösung des Periostes mit den Sehnen der Kaumuskeln, Durchtrennung des unteren Kieferknochens mit einer Kettensäge. Schichtweise Durchtrennung der die Seitenwand des Kehldeckels bedeckenden Muskeln, worauf sich die Neubildung präsentirte. Diese, die rechte Seitenwand des Kehlkopfs und die ergriffene Partie des Gaumenbogens wurde entfernt, die art. lingualis unterbunden und der rechte Rand der Zunge gleichfalls excidirt. Naht. Dauer 2 Stunden. Verbrauch von Chloroform 90,0. Athmung ruhig. Nach 4 Wochen als genesen entlassen. Die microskopische Untersuchung erwies, dass es sich um ein Sarcoma globoparvicellulare handelte.

D. Shbankow. «Die fliegenden oculistischen Colonnen». (Nr. 15 und 16).

G. Küsel: «Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Sublimatinjectionen». (Nr. 15.)

Vorläufige Mittheilung.

Nachdem sich Verf. von der Ungefährlichkeit der Baccellischen Methode an Thieren überzeugt, trat er an die Behandlung Syphilitischer mittelst Sublimatinjectionen in die Vene Meist wurde die Vena mediana cephalica oder die Vena basilica zu diesem Zweck benutzt. Der Arm wurde oberhalb comprimirt und nach Desinfection der Haut durch diese und das Unterhautzellgewebe hindurch direct in das Venenlumen eine im stumpfen Winkel gebogene Pravaz'sche Spritze eingestossen. Es wurde eine 0,1 pCt. und 0,3 pCt. Sublimatlösung zur Injection benutzt, deren circa 10 in fortlaufender Reihe in frischen Fällen ohne weitere Localbehandlung ausgeführt, sichtlich gute Resultate gaben.

A. Kondratjew: «Ueber die Schutzkraft des animalischen Organismus gegen Infectionen mit Bacterien». (Nr. 15). Vorläufige Mittheilung.

Aus der Milz und der glandula suprarenalis eines gesunden Thieres (Pferd) lässt sich ein Stoff extrahiren, dessen Einverleibung in den Körper einer Maus diese, wenn auch nicht vor der Erkrankung an Tetanus schützt, so doch in hohem Maasse vor dem Tode bewahrt, wenn eine sicher tödtliche Dosis Tetanusgift injicirt wird. 50 pCt. der Thiere bleibt leben. Dieser aus der Milz und der gland. supraren. hergestellte Stoff wurde in wässriger Lösung in die Bauchhöhle — 1 Cbcm injicirt, beginnend 3 Tage vor der Injection mit Tetanusgift. Im Ganzen wurden 4—7 Einspritzungen mit diesem schützenden Stoff gemacht, wurden diese nur einen oder 2 Tage vor der Injection mit Tetanusgift ausgeführt, so war die Wirkung eine viel schwächere. Der extrahirte Stoff ist kein Eiweisskörper, ist leicht löslich im Wasser und wässrigem Glycerin, dialysirt ziemlich langsam, von absolutem Spiritus wird derselbe bald zerstört.

W. Wissokowitsch. «Zur Lehre der Periostitis bei typhus abdomin». (Nr. 15 und 16.)

Die posttyphösen Erkrankungen des Periosts können durch den Typhusbacillus oder durch den Staphilococcus pyogenes aureus hervorgerufen werden. In dem erstenFall läuft die Erkrankung bald ab, nach Eröffnung des Eiterheerdes tritt baldige Genesung ein. Anders bei den durch den Staphilococcus bedingten Entzündungen des Periostes: hier ist die Erkrankung eine länger dauernde, nimmt einen schwereren Verlauf und geht häufig mit Necrose des Knochens einher. Ein 36-jähriger Arzt machte einen mittelschweren Typhus durch. 5 Wochen nach den ersten Anzeichen der Erkrankung zeigte sich am unteren Drittel des Oberarms hinter dem musc. triceps eine schmerzhafte Geschwulst, eine Incision blieb ohne Erfolg. Nach einigen Tagen entleerte sich spontan durch diese Eiter. Nach $3^1/_2$ Monaten brach an derselben Stelle nochmals Eiter hervor, nach ca. 9 Monaten ebenso; dieses wiederholte sich in längeren Intervallen im Ganzen 6 Mal im Verlauf von 4 Jahren. In der Zwischenzeit fühlte sich Pat. wohl, fieberte nicht, die Form des Knochens war nicht verändert, nur oberflächlich necrotisch. Im Eiter fanden sich Eiterkörperchen, dünne Stäbchen und unter einander verschlungene, sowie allein dastehende Fädchen von der Grösse eines halben rothen Blutkörperchens. Die Züchtung der Culturen führten zu keinem Resultat. Am meisten erinnerten die Bacterien an die von Klebs beschriebenen Pseudo-Typhusbacillen, die sich unter dem Schorf der Typhusgeschwüre fanden. Gewöhnlich liegt ein, wenn auch unbedeutendes Trauma vor, das der Ansiedelung der Bacterien aus dem Blut günstige Bedingungen schafft. In einem zweiten Fall beobachtete Verf. bei einem 50-jährigen Mann nach durchgemachtem Typhus recurrens gleichfalls eine Periostitis, im Eiter fanden sich ziemlich dicke Stäbchen mit abgerundeten Enden nebenbei bestand hier eine Pyelitis (vordem Typhus), welche vielleicht mit der Periostitis in Zusammenhang stand.

A. v. Schröder: «Noch eine Quelle zur Infection der Einwohner Petersburgs mit Bandwurmeiern». (Nr. 15.)

Der Genuss von Barschen giebt Gelegenheit zur Entwickelung von Bandwürmern.

R. Wreden: «Creosot als Verbandmittel». (Nr. 15 und 16.)

Die nahe Verwandtschaft mit der Carbolsäure brachte Verf. auf den Gedanken, Creosot bei eitrigen und tuberculösen Processen als Verbandmittel anzuwenden und zwar in Salbenform (Creosot 2,0 : Ol. provinz. 180,0). Bei einem tuberculösen Fussgelenkleiden wurde nach Entfernung der ergriffenen Theile ein in der oben angegebenen Creosotmischung getauchter Tampon in die Wunde gelegt, ebenso nach Erweiterung und Auskratzung einer Analfistel und bei Phlegmonen. W. lobt die Wirkung des Creosot, speciell bei tuberculösen Processen und empfiehlt dieses Mittel weiterer Nachprüfung.

A. Beckmann: «Die photographische Abnahme des Augenhintergrundes». (Nr. 16.)

Vorläufige Mittheilung.

B. ist an der Ausarbeitung eines Apparates begriffen, der es gestattet, gleichzeitig mit dem Ophthalmoscopiren eine photographische Abnahme des Augenhintergrundes vorzunehmen.

A. Minin: «Ein chirurgisch behandelter Fall von Rindenepilepsie». (Nr. 16.)

Vorläufige Mittheilung.

Ein 11-jähriger Junge litt 4 Jahre an Jackson'scher Epilepsie; nach der Operation (Trepanation der linken Scheitelgegend, Entfernung eines Theiles der Hirnsubstanz) die nächsten 4 Wochen kein Anfall.

M. Kasansky: «Ein Fall eines idiopathischen multiplen Pigment-Hautsarcoms». (Nr. 16 und 17.)

Ein 60-jähriger, in seiner Ernährung bedeutend herabgekommener Bauer hatte unförmig verdickte Unterschenkel, deren Haut oedematös geschwellt war. Die Fussgelenke waren ebenfalls verdickt, an den Sohlen waren erbsen- bis haselnussgrosse Knoten und hornförmige Gebilde zu sehen. Einzelne Knoten oder in Haufen angeordnet fanden sich auf der Stirn, den Augenlidern, der Brust, dem rechten Handgelenk, Kreuz etc., die Haut über den Knoten war meist bläulich oder schmutzig grau verfärbt. Die microskopische Untersuchung ergab: Sarcoma cutis fusocellulare melanodes.

M. Cholowinskaja: «Rechenschaftsbericht über die Untersuchung der Prostituirten auf der Samokatskischen Station des Nowgorodschen Jahrmarktes». (Nr. 16 und 17.)

Statistische Angaben.

W. Lesin: «Zwei Fälle von Symphyseotomie in der Landpraxis». (Nr. 16 u. 17.)

1. Fall: 24-jährige Erstgebärende; D. troch. 25,5, D. spin. 21,5, D. crist. 23,5, Conj. ext. 14,5, C. diag. 10, erste Schädellage, Kopf unbeweglich im Beckeneingang, Promontorium prominent Muttermund 3 Finger breit. 3-tägige Dauer der Geburt, Kindliche Herztöne zu hören. Symphyseotomie, distantia interpubbica 2 Ctm. der Kopf rückte spontan in die Beckenhöhle. Extraction eines lebenden Kindes mit der Zange durch die assistirende Aerztin, unbedeutende Blutung, Tamponade der Höhle, keine Naht, comprimirender Verband. Geringe Temperatursteigerung im Wochenbett. Nach 40 Tagen konnte Pat. gehen, die Symphysenenden berührten einander. Zweiter Fall: 32-jährige Sechstgebärende (früher 2 Geburten ohne Kunsthilfe, ein Mal Extraction eines todten Kindes. 2 Mal Perforation des lebenden Kindes. Dist. crist. 26,5. Dist. spin. 24, D. troch. 29, conj. ext. 17, conj. diagon. 11. Der Kopf auf die rechte Darmbeinschaufel abgewichen, Muttermund geschlossen, aber leicht dehnbar. Symphyseotomie, nicht die geringste Blutung, sofort im Anschluss Wendung und Extraction eines lebenden Kindes, während des Durchtrittes des Kopfes wichen die Symphysenenden auf 5 Ctm. auseinander. Geringe Temperaturerhöhung in Folge von Endom. puerp., am 21. Tage konnte Pat. gehen. Auch hier waren keine Nähte angelegt worden.

G. Wlaew: «Versuche an Meerschweinchen und Tauben mit einfachem und Antidiphtherie-Pferde-Serum.» (Nr. 16.)

Vorläufige Mittheilung.

Es ist falsch anzunehmen, dass das einfache Pferdeserum ebenso indifferent sei, wie das Antidiphtherieserum. Letzteres mit Carbolzusatz ist schädlicher, als das ohne Phenol.

W. Grusdew und S. Polotebnow: «Ein Fall von Hydramnion bei eineiigen Drillingen». (Nr. 17).

31-jährige Drittgebärende, Leibumfang 150 Ctm., Fluctuation, in den oberen Partieen werden zwei grosse harte Körper durchgefühlt. In kurzer Aufeinanderfolge wurden 3 Kinder weiblichen Geschlechts zwar lebend geboren, starben aber alle drei in den ersten 34 Stunden. Das am besten entwickelte Mädchen wog 1170 Grm. und war 40 Ctm. lang; das zweite 1050 Grm., 39 Ctm.; das dritte 900 Grm., 36 Ctm. Höchste Temperatursteigerung 38,2. Genesung. 2 Früchte wurden in Kopflage, eine in Fusslage geboren, jede Frucht lag in einem besonderen Fruchtsack. Die gemeinsame Placenta wog 1050 Grm., Durchmesser 26 Ctm. und 20 Ctm. Die Verzweigungen der Nabelgefässe in der Placenta des ersten und zweiten Kindes communicirten mit einander und nahmen $^5/_6$ der Placenta in Anspruch. Die Nabelschnur der ersten Frucht war 52 Ctm. lang, aber dünn und an der Insertionsstelle eng, ebenso die der dritten Frucht.

S. Delizin: «Ueber die Topographie und Chirurgie der Nasenhöhle». (Nr. 17.)

Vergleichende und kritische Bemerkungen über die an der Nase angegebenen Operationsverfahren.

E. Tscherneffsky: «Ueber die Wendung auf den Fuss und die Extraction der Frucht bei engem Becken, sowie über die Extraction des nachfolgenden Kopfes». (Nr. 18 und 19.)

Die innere Wendung auf die Füsse bei engem Becken wurde seit 1890 24 Mal ausgeführt. 11 lebende Kinder, dazu kamen 2 Kinder, die lebend geboren wurden, aber nicht belebt werden konnten. 10 Todtgeborene und 2 nicht Belebte. Das mittlere Gewicht der lebend geborenen Kinder betrug 3851 (das Maximum 4700). 3 mal wurde der nachfolgende Kopf perforirt. 6 waren Erstgebärende. Von 24 starb eins. — Verf. ist der Meinung, dass bei engem Becken der nachfolgende Kopf sich besser den Beckenverhältnissen adaptirt, als der vorausgehende. Die Lösung des nachfolgenden Kopfes gelingt oft schwer, der Mechanismus des Durchtrittes des Kopfes in dieser Stellung ist noch nicht genügend klar gestellt worden.

M. Blumenau: «Seltene Fälle von männlicher Hysterie: 1) als Folge eines Blitzes, 2) unter dem Bilde einer Erkrankung des Kleinhirns». (Nr. 18 und 19.)

21 jähriger Mann: vor 4 Jahren Bewussstseinsverlust in Folge eines in unmittelbarer Nähe eingeschlagenen Blitzes, seitdem Zittern der oberen Extremitäten, herabgesetzte motorische Kraft, Analgesie und Anaesthesie, Sehkraft und Gehörsempfindung herabgesetzt. Fall II: 22 jähriger Mann. Schwindel, schwankender Gang, herabgesetzte motorische Kraft, Amblyopie, Analgesie, Anaesthesie, Stigmata hyster., Anfälle von Bewusstlosigkeit und krampfartigen Bewegungen, wie Kopfschmerzen, keine Stauungspapille — manche Symptome erinnerten

an eine Affection des Kleinhirns und die Ménier'sche Krankheit.

W. Demitsch: «Zur Casuistik der Vergiftung mit Kalichloricum». (Nr. 18 und 19).

Ein 40-jähriger Mann nahm zur Beschwichtigung von Magenschmerzen ca. 24 Grm. (= 6 Drachmen) Kali chloricum ein und starb unter Krämpfen nach wenigen Stunden. Das Blut war dunkelziegelfarben, die oberen Partien des Dünndarmes injicirt, die Nieren bei makroskopischer Besichtigung verändert. Ein zweiter Fall betrifft einen 23-jährigen Unteroffizieren, der etwa 4 Theelöffel Kali chloricum zu sich genommen hatte. Cyanose, kaum fühlbarer Puls 110, Temp. 38,7°, beständiges Erbrechen, dunkler, kaffesatzartiger Harn, eiweisshaltig mit Cylindern, Icterus, später Blutbrechen und Singultus. Tod nach 15 Tagen. Die Section ergab Injection und Schwellung der Magen- und Darmschleimhaut in den oberen Partien, Sugillationen, die Nieren hyperämisch, ecchymosirt, die Malpighischen Körperchen mit Blutkörperchen angefüllt, das Epithel der Harnkanälchen trübe, kleinzellig infiltrirt.

M. Tartakoffsky: «Zur Technik der Gewinnung des Blutserums». (Nr. 19.)

Eine Verunreinigung des Blutserums kann bei der Gewinnung des Blutes von dem immunisirten Thiere oder später beim Ausfüllen des abgesetzten Serums in Flaschen zu Stande kommen. Zur Vereinfachung der Gewinnung des Blutes hat Verfasser sich ein metallenes, zum Ende sich verjüngendes Röhrchen mit zwei seitlichen Oeffnungen construiren lassen. Das Röhrchen ist leicht concav gebogen, mit einer Handhabe zum festeren Anfassen versehen und wird mit einem Gummischlauch in Verbindung gesetzt, durch den das abgezapfte Blut in ein geschlossenes Gefäss fliesst. Dieses hohle Röhrchen wird durch die Haut ohne vorhergehendes Herauspräpariren der Jugularvene, in diese durchgestochen. Später hat Verf. dieses Instrument modificirt und demselben die Gestalt des Billroth-schen Troikarts gegeben mit solidem Handgriff und seitlichem Abgangsrohr zum Abfliessen des Blutes.

W. Dobroklonsky: «Ist eine tuberculöse Infection des Körpers auf dem Wege der Geschlechtsorgane möglich». (Nr. 19 u. 20.)

Die tuberculöse Affection des Genitaltractus kommt bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich oft vor und zwar in jeder Altersstufe, das Kindesalter nicht ausgenommen. Die primäre Entwickelung geht gewöhnlich von den tiefer gelegenen Genitalorganen aus. Häufig findet die tuberculöse Infection durch die Cohabitation statt, doch nicht ausschliesslich. Einige Autoren haben im Samen Tuberkelbacillen nachgewiesen, andere sind zu einem negativen Resultat gelangt. Verf. untersuchte die den Samenbläschen entnommene Samenflüssigkeit tuberculöser Leichen microscopisch, nachdem die Präparate nach Ziel und Weigert gefärbt waren. Unter 25 Fällen fand D. nur ein Mal Tuberkelbacillen in der Samenflüssigkeit und nur dieser Fall gab ein mit positivem Resultat ausfallendes Thierexperiment. Trotzdem ist es durchaus nicht ausgeschlossen, dass ein an Lungentuberculose leidender Mann durch den Coitus die Frau tuberculös inficiren kann und umgekehrt.

K. Shbankow: Qualitative Bestimmung des Bacteriengehaltes des Angara-Flusswassers (Irkutsk)». (Nr. 18.)

Shb. fand ausser Fäulnissbacterien den bacillus subtilis' micrococcus candicans, sarcina aurantiaca, flava et alba und andere nicht näher bestimmte Bacterien. Auffallender Weise enthielten Wasserproben, die unterhalb der Stadt entnommen waren, weniger Colonien, als die oberhalb der Stadt entnommenen.

N. Groes: «Ueber Diphtheritis bei Brustkindern». (Nr. 20.)

Vorläufige Mittheilung.

G. beobachtete vom Februar bis zum Mai dieses Jahres 13 Fälle im Findelhaus an Kindern von 19 Tagen bis 5 Mon. 11 Kinder wurden mit dem Heilserum behandelt, von denen starben 7, genasen 2, blieben noch in Behandlung 2.

W. Obraszow: «Ueber Appendicitis». (Nr. 20)

Verf. beschreibt die verschiedenen klinisch beobachteten Formen der Appendicitis 1) Colica appendicularis: durch den Reiz eines stecken gebliebenen Fremdkörpers oder Kothsteines treten krampfhafte Contractionen der Muskelschicht auf, dabei heftige Schmerzempfindung, Erbrechen, erhöhte Temp., etwas kleiner Puls, keine locale Schwellung, baldige Genesung. 2) Appendicitis catarrhalis wird gewöhnlich bei Leuten beobachtet, die schon früher an Appendicitis mit entzündlichen Erscheinungen des Peritoneums gelitten haben. Hierbei ist die Temp. erhöht, keine Geschwulst. Genesung nach 4—6 Tagen. Bei der 3) Appendicitis simplex findet sich eine seröse oder fibrinöse Ausschwitzung. Die klinischen Erscheinungen sind anfangs die eben geschilderten, dazu gesellt sich bald eine fühlbare Resistenz und Dämpfung. Diese Form braucht 2—6—8 Wochen zur Genesung. Oft complicirt sich das Leiden mit einer Perityphlitis oder Perisigmoiditis, bei der letzteren besteht Harndrang, schmerzhafte Defaecation, Schmerz in der linken Unterbauchgegend, Dämpfung, die flexura sigmoidea fühlt sich wallartig durch. Geschwürige und necrotische Processe können zur 4. Form führen, der Appendicitis perforativa, die wenn sie nicht zu einer allgemeinen Peritonitis, zu einer localen eitrigen führt. 5) Appendicitis ichorosa.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje. № 10 und 11.

F. Ewetzki und N. Berestnëw: «Ueber bacilläre Panophtalmitis». (№ 10).

Die Verf. haben sich der Mühe unterzogen die Bacillenarten, welche bei Panophtalmitis gefunden werden in ihrer pathogenetischen Bedeutung festzustellen und die unter dem Einflusse der Bacillen eintretenden anatomischen Veränderungen des Augapfels detaillirt zu beschreiben. Bei einer 68-jährigen Frau mit senilem Catarakt trat 1 Tag nach der Staaroperation eine Iritis auf, welche sehr rasch auf die tiefen Augenpartbien überging; es kam eine schwere Ophtalmie zu Stande, so dass am 6. Tage die Enucleation vorgenommen werden musste. Einige Eigenthümlichkeiten gaben diesem Process eine Sonderstellung in der Reihe der verwandten Erkrankungen, es waren: die Integrität der cornea, das Fehlen von Eiter und das ambundante fibrinöse Exsudat in der vorderen Kammer. Zunächst dachte man daran als Ursache der Infection den Eiter des Thränensackes zu beschuldigen (es bestand eine Dacryocystitis blenorrhoica). In dem fibrinösen Exsudat konnten die Verf. Kapselbacillen entdecken, die sehr ähnlich, wenn nicht identisch, mit dem bacillus salivarius septicus waren; auch im Eiter des Thränensackes und im Speichel der Patientin konnte man den Blondi'schen bacillus feststellen; doch sind die Verfasser nicht der Meinung, dass dieser Bacillus die Dacryocystitis hervorruft, sondern dass er zufällig dorthin gerieth. Um die pathogenetische Bedeutung des bacillus salivarius septicus für die beschriebene Ophtalmie festzustellen, experimentirten die Verf. an Kaninchen; indem sie das oben erwähnte Kammerexsudat in die vordere Kammer des Kaninchenauges brachten, gelang es ihnen eine Ophtalmie hervorzurufen, die ganz analog der beschriebenen verlief und sogar dieselben charakteristischen Eigenthümlichkeiten erkennen liess.

W. Predtetschenski. «Leberabscess, entwickelt auf dem Boden eines multiloculären Echinokokkus. Durchbruch des Abscesses in die rechte Lunge». (№ 10).

N. Ssletow. «Hydrotherapie bei Sycosis». (№ 10).

In 4 Fällen von Sycosis barbae, die sehr hartnäckig waren und den üblichen Salben nicht wichen, sah Verf. einen ganz eclatanten Erfolg von der hydriatischen Behandlung: es wird ein Zelt construirt ganz analog, wie das bei der Behandlung des Larynxcroup geschieht, und hier verweilt der Betreffende unter dem Wasserdampf 20—25 Minuten; alsdann bekommt er eine Douche aus kühlem Wasser (von Stubentemperatur). Unter dieser Behandlung trocknen die kranken Stellen rasch ein, das Jucken nimmt ab, und die ganze Affection soll sehr rasch zum Schwinden gebracht werden. Kahle Stellen bleiben nicht nach, im Gegentheil die Haare wachsen sehr rasch.

A. Kablukow. «Zur Casuistik der Nierenchirurgie». (№ 11).

1. Intraperitoneale Nephrektomie wegen Hydronephrose. Die Operation wurde an einer 67-jährigen Frau ausgeführt. Trotz Complicationen (rechtsseitige Pneumonie, Herzschwäche) genas die Kranke vollständig und konnte ihren Arbeiten nachgehen. 2. Annähen einer Wanderniere nach der Methode von Tuffier.

Rostowzew. «Klemmpincetten zur Hemmung von Blutungen bei Operationen an den Lippen». (№ 11).

Das Princip ist analog dem, welches Snellen bei der Einführung seiner Lid Pincetten leitete. Die nähere Beschreibung der Pincetten muss im Original nachgelesen werden, wo sich auch eine recht instructive Zeichnung befindet.

S. Ssuchanow. «Zur Casuistik der Psychosen bei der Basedow'schen Krankheit». (№ 11).

Dass beim Morbus Basedowii verschiedene psychische Störungen auftreten können, ist längst bekannt, doch

entscheiden, ob diese Psychosen etwas Typisches für die Basedow'sche Krankheit darstellen, ob diese Krankheit einen besonderen Stempel auf das Auftreten und auf den Verlauf der Psychosen legt. Verf. bringt 2 ausführliche Krankenberichte, die beweisen sollen, dass die im Verlauf der erwähnten Krankheit auftretenden psychischen Störungen doch etwas Eigenartiges haben. Neben dem Factor der hereditären Disposition kommen in Betracht; die Autointoxication in Folge der Schilddrüsenerkrankung und die Circulationsstörungen im Gehirn.

M. Neschtschadimenko. «Zur Frage über die acute infectiöse Orchitis». (№ 11).

Verfasser studirte die krankhaften Veränderungen in den Hoden bei verschiedenen acuten Infectionskrankheiten, so bei Typhus abdominalis, Diphtheritis, Cholera, Peritonitis und bei croupöser Pneumonie. Bei allen diesen Erkrankungen beobachtete N. eine acute Entzündung des Hodenparenchyms, zwischen den einzelnen Samenkanälchen kleinzellige Infiltration die an einzelnen Stellen sich als eine grosse Gruppe von runden Zellen darstellt. Die Drüsenzellen, also diejenigen, welche die Wände der Kanälchen auskleiden, sind fettig degenerirt, der Kern ist verschwunden. Diese fettige Degeneration fand Verf. besonders ausgesprochen beim Abdominaltyphus und bei der Diphtherie. Bei Peritonitis, Cholera und Pneumonia crouposa tritt in den Vordergrund die kleinzellige Infiltration des Zwischengewebes, während bei Diphtherie das interstitielle Gewebe häufig ganz frei von runden Zellen gefunden wird. Die Fettdegeneration der Drüsenzellen ist bei der croupösen Pneumonie sehr wenig ausgebildet.

Abelmann.

Wojenno-Medicinsky Shurnal. (Mai und Juni).

Wischpolski. «12 Fälle von Erysipel des Gesichts und des Kopfes, geheilt mittelst Ichthyol».

Verfasser hat die verschiedensten Behandlungsmethoden bei Erysipel ausprobirt und gelangt schliesslich zur Ueberzeugung, dass Ichthyol (1:8 Vaselin) specifische Wirkung ausübe, dass der erysipelatöse Process durch Ichthyol abgekürzt werden kann. Der Abhandlung sind 12 Krankengeschichten beigefügt.

Th. Heimann. «Ueber tödtliche Complicationen der Ohrenerkrankungen».

In einer sehr ausführlich gehaltenen Abhandlung giebt Verf. zunächst eine Beschreibung der anatomischen Verhältnisse, der Knochentheile, der Gefässe und der anderen Organpartien, die in der unmittelbaren Nähe des äusseren, mittleren und inneren Ohres gelegen sind. Alsdann werden die einzelnen Complicationen besprochen:

1) Propagation der Entzündung auf die Schädelhöhle: a) Pachymeningitis externa, Abscessus subduralis. b) Meningitis, Leptomeningitis. c) Abscessus cerebri.

2) Propagation der Entzündung auf die Sinus des Felsenbeins oder auf den bulbus v. jugularis: a) phlebitis. b) thrombosis und c) embolie mit nachfolgender Pyaemie und Septicaemie.

3) Die Eiterung-erregenden Kokken gelangen direct in die Blutbahn (osteophlebitis) und rufen Pyaemie und Septicopyaemie hervor.

4) Der Eiterungsprocess arrodirt die Blutgefässe (art. carotis interna, vena jugularis interna, sinus transversus) und bewirkt eine tödtliche Blutung.

5) Der Krankheitsprocess und die Knochentuberculose bedingt eine allgemeine Cachexie (Tuberculose der Hirnhäute, der Lungen und Degeneration der inneren Organe).

6) Maligne Tumoren des Gehörorgans können den Ausgangspunkt für den lethalen Ausgang geben; doch diese sind als primäre Erkrankung äusserst selten.

Eingehend bespricht Verfasser die ersten 5 Eventualitäten, wobei besonders ausführlich die Hirnabscesse, deren Localisation und deren Diagnose abgehandelt werden. Zum Schluss seines interessanten Aufsatzes giebt Verf. eine kurze Beschreibung der therapeutischen Bestrebungen der Neuzeit; besondere Berücksichtigung erfährt die Therapie der Hirnabscesse.

Orlow. «Zur Behandlung der Gonorrhoe der Urethra mit Formaldehyd».

Die stark-antibakterielle Wirkung des Formaldehyds und dessen adstringirende Fähigkeit veranlassten Verf. die Substanz gegen den Tripper anzuwenden. Zu den Injectionen ge[illegible] das käufliche Formalin, welches eine 40%-ige [illegible] Formaldehyds darstellt. Die Injectionen wurden [illegible]lich ausgeführt und zwar soll man die Concentration nicht stärker als 5% (des käuflichen Formalins) wählen. Eine 10% ige Lösung bewirkt lang anhaltende Schmerzen, sogar die 5%-ige Lösung wird nicht immer vertragen, während bei einer 2%-igen Lösung die Kranken ein schnell vorübergehendes Brennen verspüren, die 1%-ige bewirkt absolut keine schmerzhafte Empfindungen. Viel stärker reizend wirkt das Mittel auf die Haut, so bewirkt es leicht eine Epithelabschürfung auf der Eichel. Die Lösung muss ex tempore vorbereitet werden, weil das Formaldehyd leicht verflüchtet. Was nun den Einfluss auf den gonorrhoischen Process anlangt, so waren 2 Punkte besonders auffallend 1) das rasche Verschwinden der Gonokokken im Trippersecret und 2) die Veränderung des Charakters der Secrete, dieselben verlieren die eitrige Beschaffenheit und werden serös. O. meint dass das Formalin wohl im Stande sei den Verlauf der Gonorrhoe abzukürzen, nur müsse es mit Vorsicht angewandt werden, die Dosis soll keine grosse sein (1%—2% Lösung). Epididymitis nach Formalineinspritzungen beobachtete Verf. nicht ein einziges Mal.

W. Krassnow. «Zur Behandlung der Diphtherie mit Blutserum».

Verfasser hat in 14 Fällen von Diphtherie und Larynxcroup das Behring'sche Serum angewandt, daneben wurden andere Fälle mit anderen Methoden behandelt. Seine Schlussfolgerungen sind: a) der Einfluss des Serums auf das Fieber macht sich recht häufig geltend; in den ersten Fällen sinkt die Temperatur binnen 24 Stunden. Unmittelbar nach der Injection wird häufig eine Temperatursteigerung beobachtet, doch ist dieselbe durchaus nicht anhaltend. b) In allen Fällen war die Besserung des Allgemeinbefindens eine eclatante. c) Was den Einfluss auf den localen Process anlangt, so hatte Verf. den Eindruck gewonnen, als ob derselbe abgekürzt werde; sehr häufig jedoch mussten die Injectionen wiederholt werden. Unangenehme Nebenerscheinungen beobachtete Verf. nicht. Die Albuminurie stellt er nicht in Zusammenhang mit dem Serum. In 1 Falle trat ein urticaria-ähnlicher Ausschlag ein. Verf. räth in allen Fällen die Injection am anderen Tage zu wiederholen. Am 3. Tage wird man dann den Einfluss des Serums bereits übersehen können, eventuell soll man am 4. Tag eine weitere Einspritzung ausführen.

A. Ignatow. «Zur Behandlung der Schusswunden des Bauches».

Berücksichtigung der russischen Literatur. Verf. räth in allen Fällen sofort die Laparotomie auszuführen. Sonst nichts Neues.

A. Eremejew. «Ueber die therapeutische Anwendung des Zittmann'schen Decoct's bei Syphilis des Nervensystems und bei anderen Erkrankungen».

Verf. hat das Decoctum Zittmanni in vielen Fällen mit sehr günstigem Resultat angewandt. Das Decoct wurde in 2 Formen verordnet (nach Maximowitsch.) 1) Decoctum Zittmanni fortius: Radicis Sarsaparillae concisae et contusae 360,0 Aquae communis — 26 Liter, Sacchari alba et Aluminis aa 24,0, Hydrargyri chlorati mitis 24,0, Cinnabaris praeparatae 8,0, Coque ad colaturas libras cca 9½ Liter — sub finem adde: Fructuum anisi vulg. contus. 15,0; fruct. foeniculi cont. 15,0; Fol. Sennae 90,0; Rad. Glycyrrhizae 45,0, Colaturae sint 8,640 Lit. 2) Decoctum Zittmanni mitius: Rad. Sarsaparillae conc. 180,0, Residui specierum e decocto fortiore. Aquae Communis 26 Liter, coque ad colat. libr. 9½ Liter. Sub finem adde: Cortic fruct. citri, cort. cinamomii cassiae, Fruct. Cardamomi min., Rad. Glycyrrh. aa 12,0 Colaturae sind 8,640 Lit. Häufig wurde Senna völlig ausgeschlossen. Diese Decocte wandte Verf. in der Tagesquantität von 2 ℔ (russ.) an: jeder Patient trank des Morgens ein Pfund des starken und des Abends 1 Pfund des schwachen, erwärmten Decocts. Die durchschnittliche Dauer dieser Curen betrug 1 Monat; dann wurde gewöhnlich pausirt, um nach einiger Zeit, falls noch Symptome vorhanden waren, eine zweite Cur durchzuführen. Die günstige Wirkung des Decocts machte sich nicht nur in dem allmählichen Verschwinden der Symptome von Seiten des Centralnervensystems geltend, sondern auch das subjective Befinden besserte sich zusehends, der Appetit hob sich, das Körpergewicht nahm bedeutend zu. Nach den Erfahrungen des Verfassers muss durchaus angenommen werden, dass die Wirkung des Decocts nicht nur auf den Gehalt an Quecksilber und auf den Einfluss des heissen Getränkes zu beziehen sei, vielmehr kommen in Betracht die pflanzlichen Elemente, vor Allem die Sarsaparilla, die gewiss tonisirend auf den Organismus wirken und den Stoffwechsel beschleunigen. — Die beigefügten Krankengeschichten illustriren die Schlussfolgerungen des Verfassers.

S. Scher. «Angeborene Luxation beider Linsen».

Beobachtung an einem 21-jährigen Soldaten. S. constatirte, dass beide Linsen um ihre Axe gedreht und nach oben luxirt

waren, so dass der untere Rand der Linsen beinahe gegenüber dem Centrum der Pupillen zu liegen kam.

W. Kolotowski: «Zur Casuistik der inneren Darmeinklemmung».

Ein Fall von Darminvagination.

Abelmann.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 12—22.

N. Wersilow: «Ueber den Charakter der Exantheme bei acuten fieberhaften Erkrankungen». (Nr. 12.)

In einem Fall von Pneumonia crouposa und bei zwei Typhösen trat im Verlauf der Krankheit ein über den Körper verbreitetes vesiculöses Exanthem auf, das namentlich an den Stellen stärker war, wo die Hautgefässe dilatirt waren. In allen Fällen waren bei hoher Temperatur Symptome von Seiten des Nervensystems (Hallucinationen, Kopfschmerzen) aufgetreten, bei deren Aufhören auch das Exanthem verschwand. Daher glaubt W. annehmen zu können, dass der Ausschlag nervösen Ursprungs gewesen sei, entweder in Folge Lähmung der Vasoconstrictoren oder Reizung der Vasodilatatoren durch die Toxine.

W. Knoch: «Bericht über die Cholera- und choleraähnlichen Erkrankungen, die im Marienhospital 1894 zur Aufnahme gelangten». (Nr. 11—17.)

Genaue statistische Daten über 350 Cholerafälle von Juni bis Oktobor 1894. Es starben 50 pCt. — von 148 Weibern 66,2 Proc., von 202 Männern 38,1 Proc. Schwangerschaft, Arteriosclerose, Syphilis und Nephritis verschlechterten die Prognose. Im Choleraanfall starben 31 Proc. Im Stadium der Reaction starben von Weibern 16,5 Proc., von Männern 2,1 Proc. In einem casuistischen Anhang theilt K. die Krankengeschichten von 3 Patienten mit, unter denen 2 am Typhus abdominalis + Cholera (starb 1) einer an Dysenterie + Cholera (genas) erkrankt waren.

T. Pawlow: «Materialien zur Aufklärung der Todesursache congenital syphilitischer Neugeborenen». (Nr. 14—17.)

P. machte seine Untersuchungen an 4 nachweislich syphilitischen Kindern, die an sogenannter debilitas congenita ohne weitere klinische Symptome zu Grunde gegangen waren und an einer im 8. Monat todtgeborenen Frucht. In allen Fällen fand er gleichartige Veränderungen, die theils jüngeren, theils älteren Datums waren. Und zwar stellten sich erstere in Form von Endoarteriitis verschiedenen Grades bis zur Endoart obliterans der kleinen Gefässe dar. In den grossen Gefässen überwogen kleinzellige Infiltration und Bindegewebsneubildung der Adventitia. Die pathologischen Veränderungen älteren Datums ergaben das Bild der interstitiellen Bindegewebswucherung, die gleichfalls von den Gefässen ausgehend oft herdweise auftrat. Die makroskopisch unveränderte Haut zeigte zellige Infiltration der unteren Abschnitte des Corium und der Bindegewebsbündel des Unterhautzellgewebes. Auch hier konnte man Endo- und Perivasculitis beobachten. In 2 Fällen waren mikroskopische Blutungen in verschiedenen Organen vorhanden und boten sie also einen Uebergang zur Syphilis hämorrhagica neonatorum, die Mracek genauer beschrieben hat und mit dessen Ergebnissen obenangeführte Veränderungen sich decken. Den Beginn derselben möchte P. in die ersten Monate des Fötallebens verlegen.

W. Sokolow: «Zur Therapie des Typhus exanthematicus». (Nr. 14.)

Während einer 3-jährigen Landpraxis hat sich das Antifebrin dem Verf. bei über 200 Fällen glänzend bewährt. Er gab es von 6—12 Gran 4 Mal täglich und sah den Typhus mit Reconvalescenz (? Ref.) in 3—4 Wochen verlaufen. Todesfälle kamen nicht vor.

J. Ippa: «Ein Fall von eitriger Pyelonephritis». (Nr. 16).

Der 29-jährige Patient war 4 Tage vor seiner Aufnahme in das Obucho hospital an Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Erbrechen und hohem Fieber erkrankt. Die Untersuchung ergab Schmerzen in der Nierengegend, leichte dyspeptische Erscheinungen, eitrige Urethritis, stark sauer reagirenden Urin, in dem Eiweiss, Eiterkörperchen, hyaline und körnige Cylinder enthalten waren. Das Fieber hielt remittirenden Typus ein. Im Milzblut und im Urin wurde Staphylococcus aureus nachgewiesen. Nach paar Wochen starb der stark heruntergekommene Patient. Die Section ergab eitrige Infiltration der Nierenkapseln, vergrösserte Nieren, deren Parenchym von zahlreichen Abscessen durchsetzt war. Die Nierenbecken und Harnleiter waren erweitert, die Schleimhaut der Nierenbecken injicirt, ebenso die verdickte Schleimhaut der Blase. Keine Strictur der Urethra. Daneben degeneratio adiposa cordis und proctitis diphtheritica. Von Harnstauung, der bei Entstehung der Pyelonephritis eine gewisse Bedeutung zugeschrieben wird, konnte also in diesem Fall keine Rede sein.

G. Gorjanski: «Situs cordis transpositus». (Nr. 17).

Der 21-jährige Patient wurde mit den Symptomen einer in Lösung begriffenen Pneumonia crouposa in das Alexanderhospital für Arbeiter aufgenommen, wobei constatirt wurde, dass das Herz rechts vom Sternum lag. Die linke Herzgrenze verlief längs dem rechten Sternalrand, die obere reichte bis zum oberen Rand der rechten III. Rippe, die rechte bis etwas über die rechte Mamillarlinie. Im fünften rechten Intercostalraum bei der Mamilla war der Herzstoss sicht- und fühlbar. Die untere Herzgrenze ging in die Leberdämpfung über. Der Puls war langsam, klein. Im zweiten rechten Intercostalraum war ein deutliches systolisches Geräusch hörbar, der zweite Ton abgeschwächt. Es lag also ausserdem eine höchst wahrscheinlich angeborene Aortenstenose vor. In der Gegend der normalen Herzdämpfung links vom Sternum war lauter Lungenschal und Vesiculärathmen vorhanden.

E. Botkin: «Ueber Leukocytolyse». (Nr. 18, 19).

B. führte seine Untersuchungen derart aus, dass er Blut aus dem Ohrläppchen verschiedener Patienten (croupöse Pneumonie, Abdominaltyphus) sowohl in frischem Zustande (feuchte Kammer, Termostat) als in Trockenpräparaten mikroskopirte. Dabei fand er, dass der Untergang der Leukocyten durch Auflösung derselben im Blutplasma bedingt ist — ein Process, der im Blut eines fiebernden Organismus intensiver vor sich geht, dabei aber Unterhaltung der hohen Temperatur verlangt und besonders energisch in den ersten Minuten nach der Entnahme verläuft. So waren im Blut eines Pneumonikers in den ersten 10 Minuten bei Fiebertemperatur 94,9 pCt. der Leukocyten verschwunden; davon in den ersten 5 Minuten bereits 91,7 pCt. und je weniger Leukocyten das Blut enthielt, desto geringer war der Verlust an denselben. Daher kam der grösste Verlust an Leukocyten (94,9 pCt.) auf das von Pneumonikern stammende Blut, der geringste (23,1 pCt.) auf das Blut der Typhösen, dessen Leukocytenzahl stets verringert ist.

Schon früher (B. g. B. 1894 Nr. 22) hat E. Botkin über Versuche mit Peptonlösungen, die eine deutliche Schmelzung der Leukocyten hervorbringen, berichtet; ferner ist von vielen Autoren (Chetagurow, Engel, Rieder, S. Botkin, Borissow) der Vorgang des Leukocytenunterganges im lebenden Blut beobachtet worden, der sich in nichts von den Leukocytenveränderungen des dem lebenden Organismus entnommenen Blutes unterscheidet, so dass er annehmen möchte, dass auch im circulirenden Blut die Leukocyten durch Auflösung im Plasma, also Leukocytolyse verschwinden.

A. Sokolow: «Ueber die Veränderungen der Thyreoidea bei einigen akuten Krankheiten». (Nr. 19, 20).

Zur Untersuchung im Laboratorium des Obuchowhospitals gelangten die Schilddrüsen von Leichen meist jüngerer Leute (zwischen 7—53 Jahren), die an akuten Infectionskrankheiten (Cholera asiatica, Septicaemie, Typhus abdominalis, Influenza, croup. Pneumonie) ausserdem chronischer Nephritis, perniciöser Anämie, Addison, akuter gelber Leberatrophie gestorben waren. Bei allen akuten Erkrankungen fand sich mehr oder weniger ausgesprochene fettige Degeneration der Follikelepithelien. Besonders stark war dieselbe bei Pneumonia crouposa, dann folgten Septicaemie, akute Leberatrophie, Cholera. Zu gleicher Zeit war das Epithel losgestossen, meistentheils parallel der Stärke der Degeneration. Parenchymatöse Quellung und albuminöse Degeneration konnte in allen akuten Erkrankungen beobachtet werden. Die chronischen Erkrankungen boten ähnliche Veränderungen. Ueber die Modification in der Zusammensetzung des colloiden Follikelinhalts, die man bei der erhöhten Thätigkeit der Drüse erwarten kann, möchte S. sich kein Urtheil erlauben. Eine Membrana propria wurde von S. mehrfach constatirt.

G. Gladin: «Ueber die Häufigkeit und Lebensdauer virulenter Diphtheriebacillen im Rachen nach überstandener Diphtherie». (Nr. 20).

Von 20 Diphteriereconvalescenten (im Alter von 1—16 Jahren) wurden bei 4 virulente Löfflerbacillen, bei 5 nicht virulente und bei 11 gar keine Löfflerbacillen auf der normalen Schleimhaut gefunden. In 2 Fällen konnten noch 33 Tage nach Beendigung des diphtheritischen Processes virulente Bacillen, in 1 Fall nach 45 Tagen nicht virulente Bacillen nachgewiesen werden.

A. Kadjan: «Einige Fälle von Gastroenterostomose». (Nr. 21).

K. operirte 2 Mal nach der von Postnikow (Centralblatt f. Chir. 1862) angegebenen Methode: Spaltung der Serosa und Muscularis des Magens und Darmes. Abschnürung der Mucosa, zwecks nachträglicher Abstossung des unterbundenen Stückes in das Darmlumen. Die erste Patientin (41 Jahre alt) wurde auf der chirurgischen Abtheilung des Obuchowhospitals im Oktober 93 mit der Diagnose krebsige Pylorusstenose, Magendilatation aufgenommen. Die Operation nach P. gelang vollkommen, doch bald stellten sich wieder die früheren Symptome ein, so dass nach $3^1/_2$ Monaten eine zweite Gastroenterostomie folgen musste, bei der Vergrösserung des inoperablen Tumors und fehlende Communication zwischen Magen und Darm constatirt werden konnte. Allein der Zustand der Patientin blieb schlecht und trotz aller Bitten verliess sie das Hospital. Im Mai 94 hatte K. das zweite Mal Gelegenheit eine an inoperablem Carcinoma Pylori und Magendilatation leidende kachektische 43-jähr. Patientin nach P. zu operiren. Am 5. Tage darnach starb Patientin an akuter Peritonitis, deren Ursache eine auseinandergegangene Nath war. Auch hier war die Oeffnung zwischen Magen und Darm nur für eine dünne Sonde durchgängig. Entmuthigt durch diese Resultate führte K. beim nächsten derartigen Fall die Gastroenterostomia anterior nach Wölfler aus und hatte die Freude, die Patientin genesen zu sehen.

K. Peretz: «Ueber Mischinfection bei Cholera». (Nr. 21).

P. versteht darunter ein im postalgiden Stadium auftretende Temperaturerhöhung, zu deren Aufklärung vorläufig nur spärliche Untersuchungen vorliegen. Er beobachtete dieselbe bei 2 früher stets gesund gewesenen jungen Individuen zugleich mit Auftreten eines Erythema papulatum und Urticaria. In dem der Milz entnommenen Blut konnte er Staphylococcus albus nachweisen und sieht in ihm die Ursache dieser Temperaturerhöhung. Bei Injection von Staphylococcus alb. und Cholerakulturen unter die Haut weisser Mäuse konnte er keinerlei gegenseitige Beeinflussung der Bakterien beobachten.

K. Georgiewsky: «Ueber die Wirkungsweise der Thyreoidea auf den thierischen Organismus» (Nr. 21).

Die Versuche wurden an 12 Hunden ausgeführt, denen theils frische Ochsenthyreoidea (50—100 Grm. pro die) gegeben, theils der Saft derselben (1—8 cm.) subcutan injicirt wurde. Dabei entwickelte sich in den ersten 2 Wochen Tachycardie (bis 200 Pulsschläge in der Min.); der Blutdruck hob sich. Die Hunde nahmen bedeutend an Gewicht ab, obgleich Polyphagie und Polydipsie vorhanden waren. In der zweiten oder dritten Woche zeigte sich im Urin Zucker (1,7 pCt.) und es begann eine starke Stickstoffausscheidung, besonders in Form von Harnstoff. Wenn mit der Fütterung aufgehört wurde, erholten sich die Thiere allmählich, bei Fortsetzung der Thyreoideazufuhr starben sie entweder plötzlich oder nach zunehmender Schwäche. Die Medulla oblongata zeigte bei der Section Hyperämie. In einem Fall wurden capilläre Blutungen in verschiedenen Organen gefunden.

Weyert.

Eshenedelnik 7—11 incl.

M. Koch: «Ein Fall von motorischer Aphasie im Verlauf eines Typh. abd. bei einem Kinde». (Nr. 7).

Die motorische Aphasie im Verlaufe eines Typhus wird häufiger im kindlichen Alter beobachtet, als bei Erwachsenen. Bei einem gut entwickelten $4^1/_2$-jährigen Jungen stellte sich am Ende der zweiten Woche des Typhus vollkommene Aphasie ein. die etwa zwei Wochen anhielt. Am nächsten liegt die Erklärumg, dass unter dem Einfluss der hohen Temperatur das motorische Sprachcentrum eine vorübergehende Ernährungsstörung erfahren hat. Derartige Zustände kommen übrigens auch verbunden mit Hemiplegien vor und sind dann auf embolische Zustände zurückzuführen.

G. Rostowzew: «Corpus alienum in einem Fistelgang». (Nr. 7).

In einem Fall von Necrosis ossis humeri sinist. syphil. fand sich ein Sequester, der operativ entfernt wurde.

* * * «Zur Casuistik der Fremdkörper in der Vagina». (Nr. 7).

Eine Bäuerin, die an prolapsus uteri incompl. litt, hatte sich einen aus Birkenzweigen gedrehten Ring applicirt.

W. Lunz nach W. Fürst: «Morbus Barlowii (Rhachitis haemorrhagica)». (Nr. 8).

In Russland ist noch kein Fall dieser Krankheit publicirt worden. Dieselbe, auch osteopathia haemorrhagica genannt, bietet folgendes Bild: wachsbleiche Hautdecken, oft mit Purpuraflecken und Suffussionen besäht, Oedem des Fussgelenkes, auch des Nasenrückens und der Kopfhaut, das Muskelgewebe serös-gallertig durchtränkt. Am meisten charakteristisch sind die Veränderungen am Periost. Dieses wird durch ein Blutgerinsel, das aus einem Bluttransudat entstanden ist, von dem Knochen abgehoben; an den platten Knochen trifft man diese Erscheinungen. Der Knochen ist nicht verdickt, die Oberfläche etwas rauh. Das Knochenmark ist hyperämisch, reich an Lymphzellen und Leucocyten. Gewöhnlich ist eine rhachitische Anlage die Ursache der Krankheit und betrifft diese fast ausschliesslich das kindliche Alter.

J. Lwow: «Herzfehler in der Schwangerschaft». (Nr. 9 und 10).

Das gefahrdrohende Moment bei der Complication der Schwangerschaft mit einem Herzfehler liegt in der Einschaltung des placentaren Kreislaufes (Spiegelberg) und der damit verbundenen Erschwerung der Circulation. Nach erfolgter Geburt fällt der Blutdruck in der Aorta und steigt im venösen System. Andere Autoren (Löhlein) sprechen der Compression der Lungen durch das hinaufgedrängte Zwerchfell, dem vermehrten Blutzudrang zu den Lungengefässen nach der Geburt und den starken Schwankungen des Blutdruckes während der Wehe eine grössere Bedeutung zu. Die oftmals beobachtete Vergrösserung der Herzdämpfung bei Abwesenheit von Herzfehlern ist auf Hypertrophie und Dilatation des Herzmuskels zurückzuführen. hierbei mögen der Hochstand des Zwerchfells und die hydrämische Beschaffenheit des Blutes das Ihrige dazu beitragen. Eine gesunde kräftige Frau mit compensationsfähigem Herzen übersteht die Complication eines Herzfehlers mit Schwangerschaft ganz gut, wenn aber der Organismus kein kräftiger ist, treten leicht Compensationsstörungen und directe Lebensgefahr ein. Die Einschaltung des placentaren Kreislaufes erhöht die Arbeitsleistung des linken Herzventrikels, mithin sind Aortenklappenfehler die verhängnissvollsten. Nicht selten tritt in Folge gestörter Herzthätigkeit Unterbrechung der Schwangerschaft im 6-7-8 Monat ein.

Verf. hat in 18 Fällen die Complication von Herzfehler mit Schwangerschaft beobachtet: Mitralinsufficienz 15 Mal (an 13 Frauen), in den übrigen Fällen lagen Aortenklappenfehler vor. Bei der ersten Kategorie wurde die Schwangerschaft bis zum Termin getragen in 10 Fällen, 3 Mal trat spontan Frühgeburt ein, 2 Mal wurde eine solche künstlich eingeleitet. Bei Mitralfehlern ist die Gefahr des Versagens der Herzarbeit während der zweiten Geburtsperiode am grössten, daher wendet Verf., sobald der Muttermund verstrichen, den Kristellerschen Handgriff an, oder die Geburt wird mit der Zange beendet.

P. Loschtschilow: «Zur Anwendung des Ferratins bei Anämie und des Tolusals bei acutem Gelenkrheumatismus». (Nr. 11).

In zwei Fällen von Anaemie, wo die bis dahin eingeschlagene medicamentöse Behandlung ohne Erfolg gewesen war, that Ferratin treffliche Dienste. In einem Fall von Gelenkrheumatismus brachte Tolusal (0,65 mal täglich) schnelle Besserung.

P. Loschtschilow: «Zur Behandlung hartnäckiger Malariafälle». (Nr. 11).

In hartnäckigen Fällen, wo die Chininbehandlung allein versagte, verordnete L. ein Infus der Chinarinde mit Eucalyptus (Inf. et cort chin. rubr.; fol. Eucalypt glob. aa 30,0—45,0 macera per hor. 24 ad colat. 200,0; adde Spir. vini 60,0).

Sch. Wolfowitsch: «Zur Casuistik der Morphomanie». (Nr. 11).

Ein viermonatliches Kind wurde, weil es die Umgebung durch Schreien störte. durch einen gradatim immer stärkeren Aufguss von Mohnsamen zur Ruhe gebracht. Das an sich nicht kräftig entwickelte Kind kam nach Entziehung des Narcoticums sichtlich herunter, sobald es eine, wenn auch schwächere Dosis bekam, lebte es sichtlich auf, schlief und nahm Milch zu sich. Nach dieser vorübergehenden Besserung ging das Kind bald zu Grunde.

Lingen.

Довв. ценз. Спб. 18 Августа 1895 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 7. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» № 38 1895.

Wratsch. 21—27 incl.

K. Rauchfuss: «Ueber die Behandlung der Diphtherie mit Blutserum.» (Nr. 22).

R. hat im Laufe von 25 Jahren am Oldenburger Kinderhospital zu St. Petersburg 3562 Diphtheriefälle zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die Sterblichkeit betrug in den 25 Jahren durchschnittlich 55%. Vom Nov. 1894 bis März 1895 behandelte R. 101 Fälle mit Heilserum, in allen diesen Fällen wurde der Diphtheriebacillus gefunden. Von 101 mit Serum Behandelten starben 34%. In der oben angegebenen Beobachtungsdauer wurden alle 101 Diphtheriefälle ohne Ausnahme mit Serum behandelt (auch 7 Kinder, die in der Agonie waren). Im Alter bis zu 2 Jahren starben 51,4%, von 2—5 Jahren 25%, von 5—13 Jahren starben 22,7% (demgegenüber in den letzten 5 Jahren: 87%, 65% und 32,4%). R. injicirte selten unter 1000, öfters bis zu 3000 Immunisirungseinheiten im Laufe der ersten 24 Stunden, selbst bei Kindern von 2 Jahren. Nach 1—2 Tagen war die Localaffection sichtlich zurückgegangen, die Temperatur fiel meist lytisch ab, stieg manches Mal im weiteren Verlauf nochmals an. Alle Larynx-Diphtherie-Fälle nahmen bei dieser Behandlung nicht zu, es kam nicht zu Stenosenerscheinungen, nur solche, die bereits mit letzteren aufgenommen waren, wurden, wenn auch seltener als früher, der Tracheotomie unterzogen. Neben der Serumbehandlung wurde die bis dahin angewandte Therapie (heisse Getränke, Einpackungen, Inhalationen, Apomorphin innerlich und Schwitzmittel) fortgesetzt. Unregelmässigkeiten von Seiten des Herzens (Tachykardie, Bradycardie, Sinken des Blutdruckes, Dumpfklingen des 2. Herztones) waren häufiger zu beobachten, als früher, Ausschläge wurden in 20% der Fälle gesehen. — R. steht nicht ab, der Serumbehandlung einen entschieden günstigen Einfluss zuzuschreiben.

J. Kazaurow: «Ueber die Anwendung des Edison'schen Electromotors bei der Massage des Auges nach der Methode des verstorbenen Prof. A. Maklakow.» Nr. 22).

Die Anwendung des Edinson'schen Electromotors bei der Massage des Auges ging aus der Behandlung vermittelst der «electrischen Feder» zur Tätowirung der Hornhautleucome hervor. Die Feder macht 9000 Schwingungen in der Minute. Bei geschlossenem Augenlide, auf den Augapfel applicirt, bewirkt die «Tetanisation» eine oftmalige Contraction der Pupille, Hyperaemie des arteriellen Kreislaufes der Iris. Die Tetanisation wird 1—5 Minuten ausgeführt und führt zu einer Herabsetzung des Blutdruckes. Der Erfinder wandte diese Methode bei Iritis, Irido-Cyclitis, ulceröser und parenchymatöser Keratitis an. Verf. hat besonders gute Erfolge erzielt bei der Episcleritis, dann bei Fällen von traumatischem Cataract, nach der Fukala'schen Operation und bei restirenden oberflächlichen Trübungen der Linse, wobei die Resorption angeregt wird. Nie ist ein unangenehmer Zwischenfall beobachtet worden.

F. Tschistowitsch. «Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei Cholera asiatica». (Nr. 22).

Vorläufige Mittheilung.

Stücke von Gehirnsubstanz, in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet, zeigten unverkennbare Veränderungen: die Nervenzellen sind leicht oedematös gequollen, einige Zellkerne büssen ihr Chromatin ein und werden undeutlich contourirt, schliesslich können die Kerne ganz schwinden. Die Nervenfibrillen und die Neuroglia finden sich kaum verändert. Die feinen Arterien, Venen und Capillaren sind mit Blut überfüllt, die perivasculären Lymphräume erweitert und enthalten oft Häufchen körnigen Pigments und Blutaustritte, die sich überhaupt des Oefteren in der Hirnsubstanz finden. Die auffallendsten Veränderungen beobachtet man in den Stirn- und Paracentralwindungen.

S Dsershgowsky: «Zur Herstellung des Diphtherie-Heilserums». (Nr. 22)

In cylinderartige Gefässe, die zum Auffangen des entzogenen Blutes dienen, werden 2,5 Cbcm. einer 20% Kochsalzlösung zur Benetzung der Innenwände der Gefässe gespritzt, wodurch einem festen Anheften der Gerinnsel an den Wänden vorgebeugt wird. Oder man fügt in die zum Auffangen des Pferdeblnts bestimmten Gefässe eine 10% Lösung von oxalsaurem Natron, so dass 1,0 oxalsaures Natron auf 1 Liter Blut kommt! Die Heilkraft des Serums wird durch Hinzufügen des oxalsauren Natrons in keiner Weise modificirt. Der Faserstoff bleibt gelöst, weil das Calcium, welches mit der Oxalsäure eine unlösliche Verbindung eingeht, aus dem Plasma entfernt wird. Im Uebrigen wird der gebräuchliche Weg zur Gewinnung des Heilserums eingeschlagen. Das durch Zusatz von Carbolsäure trübe Serum wird filtrirt, trotzdem steht eine leichte opalescirende Trübung bei längerem Stehen oder bei fortgesetzter Einwirkung der Kälte wieder auf, was von keiner Bedeutung ist.

F. Tafius: «Zur Frage über das unstillbare Erbrechen der Schwangeren». (Nr. 21).

Eine 27-jährige Schwangere (im 3. Monat) litt seit 9 Wochen an beständigem Erbrechen, das die an sich gut gebaute Pat. aufs Aeusserste heruntergebracht hatte. Grosse Schwäche, frequenter Puls, heftige Kopfschmerzen, gelbliches Colorit der Hautdecken, Eiweiss im Harn. Die Behandlung mit Cocain, Codein, Cereum oxalicum, Morphium subcutan, Eis etc. blieb ohne Erfolg, sodass zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt geschritten werden musste, indem nach Dilatation mit Hegar'schen Dilatatoren die Uterushöhle nach Möglichkeit mit Jodoformgaze voll tamponirt wurde. Da dieses nicht genügte, wurde ein Tupelo-Stift eingeführt. Nach 48 Stunden konnte das Ei manuell und mit Hilfe der Kornzangen entfernt werden. Trotzdem währte das Erbrechen noch 3 Wochen fort. Verf. bespricht die verschiedenen aetiologischen Momente wobei der Erkrankung der Nieren als eines solchen nicht Erwähnung gethan wird. F. hält das unstillbare Erbrechen für eine «Folge einer abnorm erhöhten Erregbarkeit des ganzen Nervensystems». Ob nicht auch hier, wie nicht selten, das Erbrechen der Schwangeren mit der Nephritis (Urämie) in naher Beziehung gestanden (Anm. des Ref.).

W. Thiele: «Ueber die Behandlung der Sycosis». (Nr. 21 u. 22).

Verf., der diese Krankheit an sich selbst erfahren und die übliche Behandlungsmethode erfolglos angewandt hatte, rühmt eine von dieser abweichende, mehr schonende und besser zum Ziele führende Methode. Die Barthaare dürfen nicht rasirt und expilirt werden, sondern sollen nur alle 3—4 Tage kurz abgeschnitten werden. Die kleinen Eiterpünktchen müssen angestochen und entleert werden, worauf die afficirte Hautpartie mit einer spirituosen Sublimatlösung (1 Th. Sublimat auf 100 Th. 95% Spiritus) abgewischt wird, anfangs täglich, später seltener, Nachts wurde die Hebrasche Salbe applicirt.

W. Rasumowsky: «Entero-Anastomosis lateralis mit Hilfe von Kartoffelplatten». (Nr. 21).

Bei einer incarcerirten Hernie, die nach Bassine operirt wurde, musste eine Darmpartie resecirt werden. In den abführenden und zuführenden Darmschenkeln wurden etwa 3 Ctm. lange Schnitte seitlich angelegt und durch beide die mit Seidenfaden armirten 6 Ctm. lange und 3½ Ctm. breite ½ Ctm. dicke Kartoffelplatten mit einem 3 Ctm. langen Lumen eingeführt nach Angabe von Carden. Die Nähte, die durch die Darmwand und Kartoffelplatte gezogen wurden, wurden geknöpft und damit die künstlich angelegten Darmlumina in Verbindung gesetzt, schliesslich wurden noch einige Lembert'sche Nähte angelegt und die Enden der ab- und zuführenden Darmabschnitte mit einer doppelten Reihe Fäden blind vernäht. Die Durchgängigkeit der Darmanastomose wurde durch Sonde und Durchlaufenlassen von Flüssigkeit geprüft. Reactionsloser Verlauf und Genesung.

A. Burgsdorf: «Ein Fall von Einklemmung des membrum virile». (Nr. 21).

Wegen heftiger Schmerzen in der Dammgegend hatte ein 20-jähriger Bauer auf Anrathen einer Quacksalberin einen eisernen ringförmigen Apparat am penis angebracht, der alsbald heftige Stauungs- und Strangulationserscheinungen hervorrief. Der eiserne Ring musste durchsägt werden.

N. Winogradow: «Zur pathologischen Anatomie des Ergotismus.» (Nr. 21 22 u. 23).

Vorläufige Mittheilung:

In dem Gouvernement Wjatka erkrankten zu Ende des Jahres 1889 bis zum Herbst 1890 2749 Menschen an Ergotinvergiftung, von denen 535 Menschen starben. In allen Fällen wurde die Krampfform beobachtet, Fälle von Gangraen gab es nicht. In 7 Fällen wurden die Leber, Milz und Niere microscopisch untersucht.

Die Milz wies folgende Veränderungen auf: das bindegewebige Gerüst stark entwickelt, Pulpa hyperaemisch, die Malpighischen Körperchen treten deutlich hervor, einige sind stark vergrössert, hyperplastisch, andere weisen im Centrum gleichförmig aussehende kernlose Schollen auf. Die Arterienwand, vornehmlich die der centralen Gefässchen im Malpighischen Körperchen, zeigen hyalnie Degeneration, sind verdickt und von glasigem Aussehen. Die Leber hyperaemisch, Atrophie der Leberzellen, deren Kerne entweder geschwunden oder der Färbung unzugänglich waren. die Arterienwandungen ebenso verändert wie in der Milz, das Lumen manches Mal fast obliterirt mit nachfolgender Coagulationsnecrose der Leberzellen. In den Nieren ist vorwiegend die Rindensubstanz verändert, Hyperaemie der glomeruli, Bildung einförmiger Massen in der Bowmannschen Kapsel mit consecutiver Compression und Verödung der Glomeruli, glasartig aussehende Veränderungen der Gefässwände mit Coagulationsnecrose der Epithelien der Harncanälchen.

S. Kotschurowa: «19 Fälle von Steinschnitt in der Landpraxis». (Nr. 21—24).

In 11 Fällen wurde die Sectio alta, in 7 Fällen die sectio mediana in einem Fall eine forcirte Dehnung der urethra (bei einem Mädchen) ausgeführt. Unter den 11 Fällen nahmen 4 einen lethalen Ausgang. Es wird die Operationsmethode und etwa vorkommende Complicationen beschrieben und die Krankengeschichten hinzugefügt.

D. Burmin: «Die Alkalescenz des Blutes bei einigen Krankheiten». (Nr. 22 u. 24).

B. wandte bei seinen Untersuchungen das von Landois angegebene Verfahren an und fand die Alkalescenz des Blutes herabgesetzt bei Lebercirrhose, Magencatarrh, Lungentuberculose, chronischer interstitieller Nephritis, Malaria, chronischem Gelenkrheumatismus, Diabetes, Anaemie, Leucaemie, Chlorose und der Gicht. Bei einigen dieser Krankheiten ging der verminderte Alkalescenzgehalt des Blutes parallel der Verminderung der Formelemente und des Hämoglobins so bei der Anaemie, Leucaemie, Lebercirrhose und Phthise, im Gegensatz dazu war bei anderen Krankheiten (Diabetes, Gelenkrheumatismus, Podagra, Magencatarrh) die Alkalescenz des Blutes herabgesetzt bei nicht verminderter Angabe der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobingehaltes. Die alkalischen Wässer heben nachweislich die Alkalescenz des Blutes einige Tage nach Beginn der Cur, wobei die Wirkung 2 Tage nach Aufhören der Cur aufgehoben wird.

O. Hagen-Torn: «Ueber drei Fälle von Schenkelhalsbrüchen und zur Lehre der Knochenbildung». (Nr. 22 u. 23).

Verf. bespricht die Frequenz der Oberschenkelhalsfracturen im Verhältniss zu den Brüchen im Allgemeinen, sodann die diagnostisehen Merkmale. Für die Nichtverheilung der Knochenenden wird angeschuldigt. 1) die ungenügende Adaption der Knochenenden, 2) die ungenügende Ernährung des centralen Stumpfes, 3) die Umspülung des letzteren durch Synovia. Die beiden letzten Gründe erkennt H.-T. nicht an, da sie einer physiologischen Grundlage entbehren. — Bei früherer Gelegenheit konnte Verf. feststellen, dass Bedingungen, welche die Spannung in den Geweben erhöhen, die Bildung eines mehr festen Gewebes begünstigen und die Verwandlung des Bindegewebes in Knochengewebe je nach dem Grade der Spannung beschleunigen. Die Fracturen der Röhrenknochen heilen idealer, als z. B. Patellar-Ellenbogenbrüche, weil die Spannung in den Röhrenknochen durch Contraction der Muskeln und durch das Körpergewicht eine stärkere ist — und dieser Moment begünstigt eine ideale Verwachsung. Die Behandlung besteht in Extension.

A. Maximow: «Ueber Kehlkopfangiome». (Nr. 23).

Als zufälliger Sectionsbefund wurde bei einem 53-jährigen Mann auf dem rechten wahren Stimmband eine polypöse, erbsengrosse, schwärzliche Geschwulst gefunden, die mikroskopisch untersucht sich als Angiom herausstellte.

R. Witwitzky: «Ueber Adenome der Leber». (Nr. 23—25).

Ein 49-jähriger Bauer litt an Schmerzen im Epigastrium und in der Lebergegend; leichter Icterus, unterer Leberrand palpabl, empfindlich, nicht bedeutende glatte Erhebungen durchzufühlen, Ascites, Vergrösserung der Milz, zunehmende Abmagerung, Harn eiweisshaltig. Bei der Section fand man die Oberfläche der Leber besetzt mit aschgrauen bis zu kirschkerngrossen Knötchen, die auf dem Durchschnitt eine hirnmarkähnliche oder grützartige Beschaffenheit zeigten. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man die grösseren Knötchen von einer bindegewebigen Kapsel umgeben. In einigen Acinis locale Hyperplasien des Leberparenchyms, die Zellen sind vielfach in Form von Strängen angeordnet, die an tubulöse Drüsen erinnern, so dass sie ein radienförmiges Aussehen geben. Die Zellen selbst sind entweder unverändert, oder einem Degenerationsprocess unterworfen oder in Theilung begriffen. Im Centrum des Acinus eine centrale Vene. Neubildungen von Gallengängen wurden nie beobachtet. Es waren also verschiedene Stadien sichtbar von der einfachen, Hyperplasie der Leberzellen zur knotenförmigen Hyperplasie die schliesslich in drüsenförmige Neubildung des Lebergewebes auslief. Das ganze Bild war das eines multiplen Adenoms. Nebenbei wies die Leber cirrhotische Veränderungen auf. Adenome entstehen gewöhnlich auf dem Boden einer Cirrhose, als ihr erster Anfang ist eine locale Hyperplasie der Zellen anzusehen, die sich später bindegewebig von der Umgebung abschliesst. Es giebt 3 Arten von Adenomen: 1) Adenoma hepatis proprium, das durch Vermehrung der Leberzellen entsteht, auf dieses Organ beschränkt bleibt und nie in ein Carcinom übergeht. Das Adenom kann multipel auftreten (Aden. disseminatum). 2) Das Hepatoadenoma cylindrocellulare carcinomatosum, das aus den Epithelien der Gallengange seinen Ursprung nimmt, oft Metastasen in anderen Organen bildet und nicht selten in Carcinom übergeht. 3) Die gemischte Form, die durch Vermehrung der Leberzellen und Wucherung der Epithelien der Gallenkanälchen entsteht und auch gelegentlich einen malignen Charakter documentiren kann.

S. Delizin. «Ein Modificationsversuch der osteoplastischen Amputation des Oberschenkels». (Nr. 24).

Verf. hat die Methode von Sabaneew modificirt und operirt folgendermaassen: Bildung des vorderen Lappens durch einen nach unten halbovulären Schnitt, beginnend von den am meisten hervorragenden Punkten der beiden Oberschenkelcondylen. Die zwischen Tibia und Fibula vorn liegenden Muskel (m. tibialis ant und extensor dig. commun.) werden in schräger Richtung durchtrennt. Darauf werden das Köpfchen der Fibula und die Epiphyse der Tibia in der Richtung von unten nach oben und vorn nach hinten durchsägt. Das abgesägte Stück wird nach vorn und oben angezogen, die hintere Gelenkkapselwand mit dem Messer durchtrennt, ebenso die lig. cruciata und die seitlichen Befestigungsbänder zwischen Ober- und Unterschenkel. Jetzt werden die unteren vorderen Theile der Oberschenkelcondylen in schräger Richtung, von oben nach unten und vorn nach hinten durchsägt, so dass diese Sägefläche mit der durch die Unterschenkel gehende einen rechten Winkel bildet. Die beiden Sägeflächen werden adaptirt und erst jetzt die Arterie, Vene und der Nerv in der Kniekehle unterbunden, die Amputation beendet, der hintere kurze Haut-Muskellappen geglättet, die Knochenenden durch eine Seide- oder Metallnaht vereint und die Hautwunde genäht, wobei die Nahtlinie auf der hinteren Fläche des Stumpfes zu liegen kommt. Die Vorzüge dieser Operationsmethode bestehen darin, dass 1) die Knochenenden des Unter- und Oberschenkels nicht gerade, sondern schiefwinkelig (unter einem Winkel von 45°) vereint werden; 2) ausser der Epiphyse der Tibia bleibt das Fibulaköpfchen, mithin auch die Insertionsstelle des m. biceps erhalten. 3) Die Unterbindung der grossen Gefässe geschieht nicht beim Beginn der Operation, sondern ganz zum Schluss.

D. Shbankow: «Der Einfluss der zeitweiligen Wanderung der Arbeitsuchenden auf die Schwankungen der Bevölkerungsverhältnisse». (Nr. 23—25).

Eine social öconomische Studie über die Folgen der periodisch vorkommenden Wanderungen der bäuerlichen Bevölkerung, um Arbeit in entfernten Gegenden zu suchen.

P. Loschtschilow: «Zur Casuistik der Narcolepsie». (Nr. 24).

4 Krankengeschichten von Individuen, welche ein pathologisches Schlafbedürfniss zeigten, bei zweien auf hysterischer Basis.

W. Rasumowsky: «Einige Bemerkungen zur Technik der osteoplastischen Resection der Schädelknochen». (Nr. 25).

Zu osteoplastischen Operationen am Schädel benutzt R. einen von ihm modificirten, von Hartley angegebenen, spitz zulaufenden Hohlmeissel, der nach Abtragung der obersten Knochenlamelle und Knochensubstanz mit dem gewöhnlichen Meissel zur Abtragung des übrigen Theiles der Knochensubstanz benutzt wird. Auf diese Weise wird ein sich in die Tiefe verjüngender Canal gebildet.

L. Lipinsky: «Ein Fall von narbiger Stenose der Scheide, Operation auf autoplastischem Wege». (Nr. 25).

Bei einer 21-jährigen Frau hatte sich nach der ersten Geburt eine Narbenstenose im Scheideneingang gebildet, so dass sich nur eine Uterussonde einführen liess. Alle Versuche auf unblutigem Wege zu dilatiren, führten zu keinem Ziel, so dass L. eine Vaginoplastik machte: seitliche Einschnitte in den Scheideneingang durch die stenosirende Narbe, und Bedeckung der durch den Schnitt klaffenden Wundfläche mit dem abpräparirten aber seines Zusammenhanges mit der Umgebung nicht völlig gelösten labium minus. Später wurde zur Deckung einer Recto-vaginalfistel und eines Theiles der Vaginalschleimhaut zwischen den früher angefrischten Stellen ein Hautstückchen transplantirt. Guter Erfolg.

A. Levin: «D. Wellansky und der Einfluss der Lehre Schellings auf die russische medicinische Wissenschaft zu Anfang des 19. Jahrhunderts» (Nr. 26, 27 und 28).

Wellansky war zu Anfang dieses Jahrhunderts Professor der Anatomie und Physiologie an der Academie zu Petersburg und Anhänger der Schelling'schen Naturphilosophie, die auch auf die Bewegungen in Russland nicht ohne Einfluss gewesen ist.

P. Jurjew: «Ueber Luxationen paralytischen Ursprunges». (Nr. 26 und 29).

Bei einem 13-jährigen Mädchen fand man das linke Bein im Hüft- und Kniegelenk flectirt, abducirt und nach aussen rotirt, die linke Beckenhälfte niedriger, Scoliosis und Lordosis der Wirbelsäule. Extension activ beschränkt, Adduction und Rotation nach innen unmöglich, Musculatur der hinteren Fläche des Oberschenkels atrophisch. Das Bein im Kniegelenk in einem Winkel von 140° flectirt. Oberschenkelkopf auf 1½ Finger nach vorn und aussen. Bei der Rectaluntersuchung wird der Femurkopf in for. obturatorium gefühlt. Faradische und galvanische Erregbarkeit der Muskeln fast geschwunden, Sehnen- und Hautreflexe nicht vorhanden. Bestehen der Krankheit 10 Jahre, Anamnese unvollständig, mit 3 Jahren wahrscheinlich Poliomyelitis acuta ant. durchgemacht, im Anschluss an diese Lähmung der Adductoren des m. obturator ext. und des m. ileo-psoas. Die Contraction der nicht gelähmten Muskelgruppen und die Schwere führten zur pathologischen Stellung, die vorderen Partien der Kapsel werden gedehnt, die Bertinischen Bänder geben nach, der Kopf rückte nach vorn und innen in das foramen obturatorium.

Aus diesem Falle ist ersichtlich, dass der atmosphärische Druck bei der Fixation des Hüftgelenkes keine wesentliche Rolle spielt.

S. Fedorowsky: «Ueber Oedeme auf nervöser Basis». (Nr. 26).

Es handelt sich um eine traumatische Neurose bei einem Soldaten, der nach dem Marschiren ein hartes Oedem des linken Augenlides bekam. Hemianästhesie der linken Körperhälfte, Herabsetzung der Sehkraft. Vor drei Jahren Fall vom Mastbaum danach bewusstloser Zustand, Wunde in der linken Stirngegend und Schwäche des linken Armes. Mit diesem Trauma wird das periodische Auftreten des Oedems in Zusammenhang gebracht.

S. Goljachowsky: «Radicaloperation der Hämorrhoidalknoten mit Umsäumung nach der Methode von Podres». (Nr. 26 und 27).

Verf. hat 5 Fälle nach der Methode von Podres operirt, die in Folgendem besteht: Die Hämorrhoidalknoten werden mit Péan'schen Klammern gefasst, Schnitt durch die Haut nahe der Schleimhautgrenze, Einführen der Nadel ins Unterhautzellgewebe, durch die klaffende Wunde zum Rande des Knotens, dieser wird umstochen, dann die Nadel wieder unter der Schleimhaut zurückgeführt und in einiger Entfernung vom Einstich ausgestochen. Auf diese Weise werden alle Knoten umsäumt, dann diese mit der Scheere entfernt und dann der Schleimhautrand mit Hautwunde vernäht. Die Resultate sind sehr gute.

A. Eckert: «Zur Charakteristik der physischen Entwickelung der jugendlichen Bevölkerung Petersburgs». (Nr. 27).

Untersuchungen an Kindern über ihren allgemeinen Gesundheitszustand mit statistischen Angaben über die Frequenz der pathologischen Veränderungen der verschiedenen Organe.

N. Krusenstern: «Ein Fall von Peliosis rheumatica gravis». (Nr. 27).

Ein 27-jähriger Mann litt an Gelenkschwellungen und hellrothen Flecken verschiedener Grösse am linken Unterschenkel, später am ganzen Körper, anfangs subfebrile Temperatur, dann hohes Fieber Hämoptoe, Milz- und Leberschwellung, Bildung frischer Petechien, Tod nach 5 Wochen, keine Section.

Lingen.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 12, 13 u. 14.

W. Muratow: «Zur Casuistik der acuten Erkrankungen des Gehirns bei Kindern». (Nr. 12).

3 Krankengeschichten; — bieten Nichts neues.

A. Pombrak: «Ein Fall von «Drüsenfieber» complicirt mit haemorrhagischer Nephritis». (Nr. 12).

W. Mironowitsch: «Zur Frage von der Ausscheidung des Quecksilbers durch den Schweiss». (Nr. 12).

Verfasser hat seine Untersuchungen an der bekannten Sstukowenko'schen Klinik ausgeführt. Die Patienten (Syphilitiker) wurden in ein römisches Heissluftbad gebracht, und der Schweiss wurde in besondere Behälter aufgefangen. Es ergab sich, dass eine ziemlich bedeutende Quecksilbermenge mit dem Schweiss fortgeschafft wird, ja sogar, dass bei gleichen Quantitäten Schweiss und Harn, im ersteren sich mehr Quecksilber findet, als im letzteren. Freilich hängt Vieles von der Art der Einverleibung des Quecksilbers ab; bei der Schmiercur wird sich im Schweiss mehr Quecksilber finden lassen, als bei der subcutanen Behandlung; aber sogar, wenn man ausschliesslich letztere Methode wählt, so findet man nach Verf. wenigstens ebensoviel Quecksilber im Schweiss, wie im Urin.

D. Shbankow: «Ein Fall von Alopecia universalis». (Nr. 12).

Es handelt sich um eine acquerirte Alopecie bei einem 14-jährigen mondsüchtigen Jungen. Dieselbe trat im 7. Lebensjahre ein, ohne dass etwa irgend eine Infectionskrankheit vorangegangen war. Aetiologisch konnte S. nur feststellen, dass der Junge etwa ein Jahr vor dem Beginn des Haarausfalles in's Wasser gefallen war. Neben der Alopecie bestand bei dem Knaben eine allgemeine nervöse Erregbarkeit, was Verf. Veranlassung giebt anzunehmen, dass der Haarausfall nervösen d. h. vasomotorischen Ursprunges sei. Eine Laesion des vasomotorischen Hautapparates könne ganz gut eine Alopecie zu Folge haben.

J. Rachmaninow: «Ein Fall von multiplen weichen Fibromen der Nervenstämme und der Haut.» (Nr. 13).

Bei der 36-jährigen Bäuerin traten von ihrem 2. Lebensjahre an kleine warzenartige Geschwülste am ganzen Körper auf; dieselben nahmen immer mehr an Zahl und Umfang zu. Am grössten waren sie in der rechten Hüftgegend, und zwar von der Grösse einer Faust; auf der linken Sohle, am Halse und Oberschenkel von Taubeneigrösse. Bald nach Exstirpation der grösseren Tumoren ging Patientin unter den Symptomen der Herzschwäche zu Grunde. R. hat nun eine genaue mikroskopische Untersuchung der Nervenstämme, deren spindelförmige Auftreibungen und der Hauttumoren vorgenommen. Die ersten Veränderungen der Nervenstämme, die makroskopisch als kaum merkbare Verdickungen sichtbar werden, stellen sich unter dem Mikroskop als Verdickungen, bindegewebige Degeneration der Nervenbündel dar. Die bindegewebige Durchwachsung des Endoneuriums geschieht in 3 Typen: 1. in der Richtung zum Perineurium, indem Bindegewebsinsel im Centrum des Nervenbündels auftreten und die Nervenfasern nach der Peripherie drängen. 2. in der Richtung zum Centrum, indem die Bindegewebsentwicklung von der Peripherie beginnt und die Nervenfasern nach dem Centrum hin verdrängt. 3. Die Entwicklung des Bindegewebes geschieht nicht inselförmig, sondern gleichmässig in der ganzen Dicke des Nervenbündels, die Nervenfasern sind dann ganz regelmässig angeordnet, nur dass sie von einander durch Bindegewebslagen getrennt sind. In allen Fällen tritt als Resultat auf — eine Vereinigung der degenerirten Bündel zu einer runden oder spindelförmigen Geschwulst mit einer perineuralen Kapsel, mit mehr oder weniger degenerirten und atrophirten Nervenfasern. In den fibromatösen Hautgeschwülsten hat Verf. die Nervenbündel auch verfolgen können, ausserdem fanden sich Capillaren, kleine Arterien und Venen, deren adventitia in das fibröse Gewebe verschwindet, Talg und Schweissdrüsen.

D. Nikolski: «Zur Casuistik der symmetrischen Gangraen der Extremitäten». (Nr. 13).

Es handelt sich um die Raynaud'sche Krankheit, um eine symmetrische Laesion der Endphalangen beider Hände mit Gangraen der Haut an einzelnen Parthien. Aetiologisch war die Abkühlung der Hände zu beschuldigen.

W o l k o w: «Zur Pathologie der Zungendrüse in Verbindung mit den brettharten Halsinfiltraten.» (Nr. 13).

Die Zungendrüse, oder wie sie W a l d e y e r genannt hat, die vierte Mandel ist erst in jüngster Zeit Gegenstand vielseitiger Beobachtung geworden, namentlich wurden die Entzündungserscheinungen mehr gewürdigt und hervorgehoben. Verf. giebt eine eingehende Beschreibung einiger Fälle von Tonsillitis linguae phlegmonosa.

W. T i p j a k o w: «2 Fälle von Hydrocele der runden Uterusbänder» (Hydrocele lig. rotundi uteri).

N. F i l a t o w (P r o f e s s o r), P. K u s s k o w u n d W. N e w j e s h i n: «Das erste Hundert der mit Serum in der Moskauer Kinderklinik behandelten Diphtheriefälle». (Nr. 13).

Die Verfasser haben eingehende Studien mit dem Diphtherieserum angestellt; es wurden 100 Fälle genau verfolgt; von diesen starben 19 und genasen 81. Die Mortalität für die früheren 4 Jahre betraf: 38,9 pCt., 40 pCt., 36,4 pCt. und 55,9 pCt. also im Durchschnitt 47 pCt., dabei war die diesjährige Epidemie durchaus nicht mild, unter den 100 Fällen waren 35 schwere Fälle mit grossen Infiltrationen des Halszellgewebes, 25 Fälle mit Larynxcroup. Auf Grund ihrer Beobachtungen behaupten die Verf., dass das Serum nicht nur die Krankheitsdauer verringert, sondern auch die Mortalität bedeutend herabsetzt; Fälle, die früher, also vor der Einführung der Serumtherapie, als direct letale galten, wie z. B. die septischen Fälle mit grossen Infiltraten und Oedemen des Halszellgewebes, können unter der Behandlung mit Serum gerettet werden. Als Beispiel wird ein recht instructiver Fall besprochen; ferner beobachteten die Verf., dass es in keinem einzigen Falle zu Croup kam; die 25 Fälle mit Larynxcroup wurden schon als solche in's Spital gebracht; ja wenn die Serumbehandlung beim Bestehen der ersten Croupanzeichen eingeleitet wird, so kommt es gar nicht zu stenotischen Erscheinungen Was nun den Einfluss der Serumtherapie auf die einzelnen Symptome der Diphtherie anlangt, so fanden die Verf. Folgendes: in leichten und mittelschweren Fällen wird die Verbreitung des Exsudats auf der Schleimhautoberfläche bald nach der ersten Injection gehemmt; in schweren Fällen progressirt die diphtheritische Exsudation noch einen Tag, dann aber bleibt der Process stationär. Nach genauen Daten von N e w j e s h i n fiel der Beginn der Reinigung des Rachens vor der Serumtherapie in leichten Fällen durchschnittlich auf den 6.—7. Krankheitstag, in mittelschweren Fällen auf den 8.—9. Tag, in schweren auf den 10.—11. Tag; jetzt bei Anwendung des Serums fiel der Beginn der Reinigung selbt bei schweren Fällen auf den 4.—5. Tag. Sehr effectvoll gestaltet sich der Einfluss des Serums auf beginnenden Croup, indem die Heiserkeit, der rauhe bellende Husten rasch verschwinden. Ist es doch zur Tracheotomie gekommen, so heilt der Process im Kehlkopf unter dem Serum viel rascher, so dass man die Canüle viel früher entfernen kann. Die Wirkung auf das Allgemeinbefinden ist unverkennbar; Kinder, die vor der Injection apathisch dalagen, kommen bald nach der Einspritzung zu sich, werden munter und verlangen zu essen, nur in sehr schweren Fällen ändert sich das Allgemeinbefinden nicht. — Der Einfluss auf Temperatur und Puls macht sich in leichten und mittelschweren Fällen 24—48 Stunden nach der Injection geltend. Beide fallen zur Norm herab oder sogar unter die Norm.

Was die Albuminurie anlangt, so behaupten die Verf., dass sie bei der Anwendung der Serumtherapie nicht häufiger beobachtet werde, im Gegentheil eher seltener, auch erscheint sie später. Von irgend einer schädlichen, oder gar gefährlichen Nebenwirkung des Serums könne man nicht sprechen; die verschiedenen Hautausschläge wie Urticaria, Erythema polymorphum, scarlatiniforme treten gewöhnlich am 8. Krankheitstage auf, verschwinden jedoch rasch. Was endlich die diphtheritischen Lähmungen anlangt, so kann das Serum die Entwicklung derselben nicht hintanhalten, doch werden sie durchaus nicht häufiger als früher beobachtet; ebenso treten auch die Recidive nicht häufiger auf.

A. W w e d e n s k i: «Ein Fall von syphilitischer Cerebro-Spinal-Paralyse». (Nr. 14).

W. K r a s n o g l a s o w: «Ein Fall von Lupus gemischten Charakters». (Nr. 14).

Es handelt sich um eine Combination von Lupus erythematodes und Lupus vulgaris, jene Form, die Leloir «Le lupus vulgaire érythématoïde» bezeichnet hat. Verf. ist der Meinung, dass beide Formen, sowohl Lupus vulgaris, als auch L. erythematodes tuberculösen Ursprunges seien.

M. T a l: «Ein Fall von Resectio cubiti trochleiformis». (Nr. 14).

38-jährige Frau mit Ankylose des Ellenbogengelenks; diese wurde vor 2½ Monaten acquerirt (und zwar wurde in einem Hospital die Diagnose auf Fractur gestellt, und ein Gypsverband angelegt, den die Patientin 1 Monat lang getragen hat). Der linke Vorderarm ist unter einem Winkel von 100—105° flectirt, befindet sich in einer Lage zwischen der Pronation und Supination. Die Muskulatur atrophisch. Chloroformnarkose; Schnitt nach Ollier; es erweist sich eine Luxation des Vorderarms nach aussen und hinten, Condylus internus fracturirt; die eminentia capitata, die Trochlea und Fovea supratrochlearis posterior, ferner das Gelenkende der Ulna und die Cavitas sigmoidea major sind ausgeglättet und mit stark gewucherten Gewebsmassen ausgefüllt, so dass die Einrenkung unmöglich ist. Es wird desshalb die Resection vorgenommen: Subperiostale Entfernung des unteren Gelenkendes des Humerus mit der Lüer'schen Zange wird eine neue Trochlea formirt und eine Fovea supratrochlearis ausgemeisselt, dann wird das Olecranon mit dem Cavum sigmoideum hergestellt. Bald nach der Operation wurde mit passiven Bewegungen begonnen, 1 Monat nach der Operation wird die Patientin entlassen mit günstigem Resultat — der Vorderarm kann viel mehr flectirt werden, die Frau kann alle schweren Arbeiten mit dem Arm verrichten. Schlottergelenk wurde nicht erzeugt.

A b e l m a n n.

Wojenno-Medicinsky Shurnal. (Juli).

Th. S s t e f a n o w s k i: «Zur Casuistik der Lipome der Hand und der Finger».

Angeborene Lipome bei einem 4-jährigen Knaben; Sitz derselben: 1. am unteren Drittel des Vorderarms unter dem ligmentum annulare 2. in der Mitte des Handtellers und 3. an der Endphalanx des 3. Fingers. Nach der ersten Operation — Recidive. Verf. bespricht ziemlich eingehend die aetiologischen und pathogenetischen Verhältnisse.

W. K a r p o w: «Ein Fall von perforirender Bauchwunde mit Vorfall des omentum majus. Ausgang in Genesung ohne jegliche Complication».

Ein Soldat erhielt in betrunkenem Zustande neben mehreren Kopfwunden eine 1½ cm lange Bauchwunde, die 2 Zoll unter dem rechten Rippenbogen in der verlängerten Mamillarlinie gelegen war. Aus der Wunde prolabirte ein grosser Theil des grossen Netzes. Bevor der Arzt kam wurde die Wunde von den Kameraden des Soldaten mit schmutzigen Tüchern und Pelzen bedeckt. Nach Desinfection der Wunde mit 3%-iger Borsäurelösung und Reposition des prolabirten Netzstückes-Naht. Heilung per primam.

J. Borowikow: «Die Sehnenreflexe beim gesunden Menschen».

Verfasser hat sich zur Aufgabe gestellt folgende 3 Fragen zu lösen: 1. Wie ist die Form der Welle der Muskelcontraction und die Grösse der Latenzperiode der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten (biceps und triceps brachii) im Vergleich zum patellaren Reflex beschaffen? 2. In welchem Verhältnisse stehen zu einander die Sehnenreflexe der gleichnamigen Muskeln der rechten und linken Seite bei einem und demselben Individuum? 3. Wie verändert sich die Grösse der Latenzperiode und die Form der Curve zu verschiedenen Tageszeiten an verschiedenen Körpertheilen. Näheres über die Versuchsanordnung ist im Original nachzulesen. Die aus den Beobachtungen resultirenden Schlüsse sind folgende:

Bei einer und derselben Person sind die durchschnittlichen Grössen der Latenzperiode der Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten geringer, als an den unteren; beim triceps ist diese Periode kürzer, als beim biceps brachii; bei letzterem kürzer, als beim quadriceps femoris. Die mittleren Werthe für diese Periode rechter- und linkerseits schwanken; so gilt für den m. triceps br. eine Differenz zwischen der rechten und linken Seite von — 0,003" (Angaben über Tagesschwankungen sind im Original nachzulesen). Jede geistige Thätigkeit verlängert die Latenzperiode, wobei die Fehler rechterseits grösser sind, als die linkerseits. Das Erwarten des Anschlagens verlängert die Latenz, ebenso das Lachen. Die Bemühungen den Reflex aufzuhalten können die Latenzperiode bald verkürzen, bald verlängern. Bei vollständiger Ermüdung der Muskeln wird die Latenz verlängert, bei unvollständiger verkürzt. Das Anhalten des Athmens verkürzt die Latenzperiode, nach der Expiration jedoch verlängert es dieselbe. Nach einem Bade wird die Latenz von 49,7 bis 55,5 verlängert, ebenso nach gymnastischen Uebungen; Alkohol verkürzt diese Periode. Verfasser hat ferner 130 Knaben im Alter von 8—12 Jahren auf das Vorhandensein der Reflexe untersucht, häufig war der eine oder andere Reflex nicht hervorzurufen, doch war

eine völlige Abwesenheit aller Sehnenreflexe nie zu beobachten. Im Kindesalter fehlt häufig der Reflex des triceps brachii, bei Erwachsenen der des triceps surae. Beiderseits ist die Stärke des Reflexes nicht gleich. Bei Kindern kann Fussclonus beobachtet werden, ohne dass andere Veränderungen der Reflexe auftreten.

Abelmann.

Westnik Oftalmologii.
(Januar — Juni 1895).

A. Schimanowsky: «Ueber Skiaskopie».

S. M. Segall: «Ueber einige Methoden objectiver Refractionsbestimmung des Auges — Skiaskopie, Vasoscopie, Schmidt-Rimplers und Ficks Methoden».

Auf Grundlage angestellter Experimente verwirft Segall Leroys Theorie über die Art der Entstehung der Schatten im untersuchten Auge. Seine Experimente sprechen dafür, dass die Erklärung Landolt-Parcut's die richtige ist, d. h. dass der Schatten auf der Netzhaut des untersuchten Auges entstehe. Je geringer die Abweichung der Refraction des untersuchten Auges von normalem Brechzustande (E) d. h. je geringer die vorhandene M. oder H. um so schneller das Vorbeihuschen des Schattens. Je geringer die vorhandene M oder H, um so intensiver und schärfer begrenzt lassen sich die Schatten beobachten (?). Die von Schmidt-Rimpler wie Fick angegebenen Methoden sind nach Segall für die Praxis werthlos.

F. P. Poljakow: «200 Fälle ambulant ausgeführter Cataractextractionen».

In 11 Fällen nachträglicher Irisvorfall (extrahirt mit Iridectomie) Iritis und Iridochorioiditis in 12 Fällen. Hornhauteiterung in 7 Fällen. Panophthalmitis entwickelte sich in 2 Fällen. Die Kranken quartiren sich nach Belieben irgendwo in der Stadt (Twer) ein und werden meist schon am 9. Tage nach der Operation nach Hause entlassen. Der erste Verbandwechsel erfolgt meist nach 4 Tagen; darnach stets nur das operirte Auge verbunden. Ueber die erzielte Sehschärfe werden keine Angaben gemacht.

P. Radswitzky. «Ein Fall von acutem Glaucomanfall nach Cocaingebrauch».

Am 25. Mai 1894 wurde der 50 a. n. Patient wegen Glaucoma chronic. simplex auf dem linken Auge iridectomirt. Am 26. Abends beim Verbandwechsel findet sich alles befriedigend. Aus Versehen erhält Patient in das operirte Auge 2 Tropfen einer 4 pCt. Cocainlösung. Am 27. Morgens, nach sehr schlechter Nacht, wird typischer Glaucomanfall constatirt und das Auge wurde sclerotomirt.

P. N. Barabaschew: «Ueber Formaldehyd.»

Eine Lösung von 1:2000 bis 1:4000 Formaldehyd (Pharmaceutische Bezeichnung ist Formalin) verursacht leichtes, schnell schwindendes Gefühl von Brennen im Conjunctivalsack und Thränenträufeln. Dabei tritt alsbald das Bedürfniss häufig zu schnäuzen auf. Diese Lösungen empfiehlt er bei einfachen chronischen Reizzuständen der Bindehaut. Trachom soll das Mittel gut beeinflussen (?) Acute Blenorrhoe der Bindehaut soll bei Gebrauch von Formaldehyd 1:1000 schneller vergehen. Besonders gut soll des Formaldehyd jedoch infectiöse Hornhauterkrankungen beeinflussen (1:1000). Beim Gebrauch von Lösungen, die stärker sind als 1:2000, muss vorher cocainisirt werden. Alle Augentropfen empfiehlt er in Lösungen von 1:4000 Formalin anfertigen zu lassen.

L. Eliasberg: «Ueber Conjunctivitis pseudomembranacea».

Es werden zwei Krankengeschichten mitgetheilt. Bacteriologische Untersuchungen fehlen. Solange sich die häutigen Absonderungen zeigten beizte er nicht, sondern massirte mit rother Quecksilbersalbe (½ pCt.). Beizungen folgten erst dann, nachdem die Conjunctiva anfing: pus bonum et laudabile» abzusondern (woran der wohl zu erkennen war?), Beide Fälle gingen übrigens gut trotz gleichzeitig bestehender Hornhautaffection.

L. Rabinowitsch: «Zur Frage der operativen Behandlung des Xerophthalmus».

Die Vernähung der Lidspalte bis auf eine kleine ½ Ctm. weite Oeffnung gegenüber der Hornhautmitte hat mehrfach gute Dienste geleistet. Auch R. sah in einem Falle Besserung, welche sofort schwand als er auf Verlangen des Patienten die vernähte Lidspalte wiederum erweiterte.

A. Kortnew. «Bericht über die Augenerkrankungen, wie Operationen am Auge, aus dem Nolinskischen Landschaftshospitale, (Gouvernement Wjatka) sowie über die Behandlung einiger Augenkrankheiten mit subconjunctivalen Sublimatinjectionen.»

Vom Januar 1893 bis Juli 1894: 2100 Patienten. 215 Operationen; darunter 46 Extractionen. Ueber die Resultate der Extractionen etc. fehlen Angaben. Die Sublimatinjectionen empfiehlt er besonders bei infectiösen eitrigen Hornhauterkrankungen. Folgen Krankengeschichten.

«Protokolle des Moskauer augenärztlichen Zirkels für das Jahr 1894».

Es fanden 9 Sitzungen statt. Vorgetragen und discutirt wurden über folgende Themata: Lojetschnikow. Ein Fall von Neuritis optica im Anschluss an retinitis pigmentosa. Derselbe: Ueber die sogenannte «Follikel» in der Augenschleimhaut als einen normalen, physiologischen Befund Adelheim stellte einen Patienten vor mit «prolongements anormaux de la lame criblée — d'après Massellon». Die Sehschärfe war normal. Patient hatte sich vorgestellt um eine Arbeitsbrille zu erhalten. Derselbe: Ein Fall von doppelseitiger Hemianopsia inferior.

Golowin demonstrirte einen Patienten mit eigenthümlichen Veränderungen in der Gegend der Macula lutea beider Augen. Sehschärfe rechts Finger in 3 Meter, links $^1/_{10}$. Entzündungserscheinungen fehlten vollkommen.

Maklakow stellt eine Patientin vor mit angeborenem Colobom der Iris, corporis ciliaris, Chorioidea et retinae während der gehemmte Sehnervenkopf eine sehr tiefe colobomartige Ectasie zeigt.

Ewetzki demonstrirt microskopische Präparate eines Pigmentsarcoms der Iris und Corp. ciliare.

Krjukow machte eine Mittheilung «über subconjunctivale Sublimatinjectionen bei Chorioretinitis macularis myopica». 3 Fälle, kein Resultat.

Ewetzki Ein Fall von bacillärer Panophthalmitis nach Cataractextraction. Am 5. Tage nach der Extraction wurde das Auge entfernt. Im Exsudat der vorderen Kammer wie im Glaskörper massenhaft Bacillen, ähnlich dem bacillus salivarius septicus. Impfungen an Kaninchen verursachten eitrige Entzündungen. Derselbe Bacillus wurde auch im Eiter des Thränensackes gefunden.

Krjukow stellt eine Frau vor mit Geschwulst am corpus ciliare oc. dextri. Die Diagnose lautete: wahrscheinlich Sarcom: jedoch ist ein Gumma nicht auszuschliessen. Mit der Enucleation sollte gewartet werden.

Golowin demonstrirt einen Fall von Epicanthus und blepharoptosis congenita. Soll nach Panas operirt werden.

Lojetschnikow demonstrirte einen Fall von retinitis proliferans Manz.

Radswitzki. Ein Fall von Glaucom in Folge von Cocaingebrauch — veröffentlicht und bereits referirt.

Lojetschnikow zeigt den Apparat «Liseur à miroirs» der Firma Larousse in Paris. Ersetzt eine Loupe und ermöglicht das Lesen feiner Schrift.

Fedorow. Ueber die Thätigkeit der Augenärzte, welche im Sommer 1894 in den Kusnezkischen Kreis des Saratowschen Gouvernements geschickt worden.

Sawitsch stellt einen jungen Soldaten vor mit Colobom der Aderhaut und des Sehnerven und geringem Microphthalmus dieses Auges. Sehschärfe: Finger in 1 Fuss und links $= ^{20}/_{50}$. Wie hat der Mann eingestellt werden dürfen?!

Lojetschnikow. Ein Fall von ausgebreitetem Colobom der Aderhaut an der Stelle der Macula lutea.

R. Katz. «Zur Diagnose der Sehnervnetzhautleiden bei bestehenden Trübungen der brechenden Medien.» Aus der St. Petersburger Augenheilanstalt. Hier soll die Fractionsprüfung in Sonderheit der «totale Lichtsinn» Aufschluss geben. Katz untersuchte den totalen Lichtsinn 1) an normalen Augen, 2) an Augen mit Trübungen der brechenden Medien, 3) an Augen mit diagnosticirten Erkrankungen der Sehnerven und der Netzhaut.

Tabellen bringen die Resultate. Es ergab sich, dass ein Auge mit Trübungen der Hornhaut oder Linse, oder mit Trübungen beider Theile, fast eben so gut Licht empfindet, wie ein ganz klares Auge. Der Lichtsinn zeigt sich aber sogleich mehr oder weniger herabgesetzt, wenn Sehnerven oder Netzhauterkrankungen vorliegen. Einige im St. Petersburger Augenhospital klinisch beobachtete Fälle beweisen die Brauchbarkeit der Katz'schen Methode. Der Versuch wird folgendermaassen angestellt. Patient wird in ein möglichst dunkles Zimmer gesetzt. Vor den Patienten in 1 Meter Abstand stellt man eine gewöhnliche Stearinkerze. Das zu untersuchende Auge bleibt ungedeckt, das andere wird fest verbunden resp. mit der Hand fest gegen Licht abgeschlossen. Patient wird nun aufgefordert das zu untersuchende Auge leicht, wie zum Schlaf, zu schliessen. Man zündet nun eine zweite Kerze an, und indem man dieselbe abwechselnd beschattet und wiederum frei leuchten lässt, entfernt man sich vom Patienten mit dieser zweiten Kerze. Ein normales Auge merkt noch in 4—5 Meter Abstand die Zu- und Abnahme des Lichtes der zweiten Kerze. Ebenso verhalten sich getrübte Augen. Bei vorhandenen Schmerzen und Netzhautleiden wird die Zunahme und Abnahme des Lichtes der zweiten Kerze nur in bedeutend geringeren Abständen, als 4—5 Meter, erkannt.

Rudnew. «Kasuistische Mittheilungen aus dem Mologaschen Hospitale (Gouv. Jaroslaw.)»

1) Antipyrin bei Neuritis descendens.

2) Erblichkeit bei Glaucom.

3) Glückliche Cataractextraction bei chronischer Blennorrhoe.

4) Einfluss wiederholter Punctionen der Hornhaut auf die Aufsaugung discidirter Schichtstaare.

Nach vorausgeschickter Discision punktirte er alle 10 Tage — in Summa 5 Mal — die Hornhaut. R. will hierbei in 8 Wochen das erreicht haben, was sonst erst in 18 Wochen erreicht wurde — ein reines Pupillargebiet. Die Patientin war 25 Jahre alt. Wahrscheinlich sind doch bei jedesmaliger Punction der Hornhaut auch Bröckel der Linse mit abgegangen. Zu rechter Zeit ist dieses alles auf ein Mal durch eine einzige ausgiebige Punction wohl sicher zu erreichen.

S. L. Segal in Nowotscherkask. Bericht über die Ambulanz und Station am Hospital der Gesellschaft Don'scher Aerzte. Für d. J. 1894. 1530 Patienten. Von 621 Conjunctivalerkrankungen 123 Trachom. Senile Cataracte 132. Auf der Station 175 Patienten. 7, zeitweilig 10 Betten. 193 Operationen. Extractionen 126 — darunter 56 ohne Iridectomie.

Eshenedelnik 12 – 20. incl.

J. Rubinstein: «Ueber die ambulatorische Massagebehandlung bei Frauenleiden». (Nr. 12).

Vorläufige Mittheilung.

Zur Massagebehandlung eignen sich Fälle von schwieliger Parametritis, dislocirte und unbewegliche uteri, und nicht acute exsudative Processe im Beckenbindegewebe. Contraindication besteht bei grossen, frischen Exsudaten und Vaginismus.

M. Schiperowitsch: «Zur Aetiologie und Therapie der Addisonschen Krankheit». (Nr. 13).

Ein 64-jähriger Mann, der sich vor 20 Jahren luetisch inficirte, bot eine dunkelbraune Pigmentirung von Haut- und Schleimhäuten dar. Daneben bestanden Schwäche, Durchfall, Erbrechen. Unter fortgesetztem Gebrauch von Jodkali nahm die Pigmentirung sichtlich ab, das Allgemeinbefinden hob sich. Verf. vermuthet, dass Syphilis öfter, als man anzunehmen geneigt ist, in ätiologischer Beziehung zum morbus Addisonii steht.

A. Pjassetsky: «Einige Bemerkungen über das Calomel». (Nr. 14).

P. prüfte die Wirkung des Calomel als Diureticum und fand bei 10 Fällen von mit Ascites und Oedemen complicirten Herzfehlern, dass Calomel seine Wirkung als Diureticum in den Fällen nicht versagt, wo Icterus bestand. Fehlt dieser, so ist Calomel nicht nur nicht von Nutzen, sondern schädigt das Allgemeinbefinden des Kranken. Die Diurese tritt nicht vor dem 4. Tage nach dem Gebrauch von Calomel ein. Verf. verordnet Calomel 0.2 3 mal täglich 5 Tage hindurch, nach einer Pause von 5 Tagen beginnt die Calomelbehandlung von neuem. Zur Verhütung der Resorption wird, falls binnen weniger Stunden kein Stuhl erfolgt, Ricinus verordnet. Nach Ansicht Verf. ist die Wirkung des Calomels eine secundäre, indem dasselbe diffuse flüssige Stühle erzeugt, den Pfortaderkreislauf entlastet und durch Entfernung grösserer Wassermengen die Nieren vom Druck ascitischer Flüssigkeit befreit, so dass diese besser functioniren können. Die Resorptionsfähigkeit des Peritoneums ist dadurch gleichfalls erhöht.

A. Muratow: «Zur Frage über die Verpflanzung des Sarcoma globocellulare cum cellulis magnis auf gesunde Körpertheile der Trägerin dieser Geschwulst». (Nr. 15).

Bei einem 14-jährigen Mädchen wurde über der symphysis eine höckerige elastische Geschwulst durchgefühlt, die in der rechten Tube oder dem rechten Ovarium seinen Ausgangspunkt hatte. Operative Entfernung des mit allen Nachbarorganen stark verwachsenen Tumors. Bald nach der Operation bemerkte man in einem Stichkanal eine erbsengrosse Geschwulst, die im Laufe der Zeit rasch zunahm, oberflächlich eiterte und nach 4 Monaten durch Inanition zum Tode führte. Dieser Tumor erwies sich, wie der primäre, als grosses Rundzellensarcom.

J. Günzburg: «Zur Behandlung der Diphtherie mit Heilserum». (Nr. 16).

Die bei einer Hausepidemie erkrankten und zeitig mit Serum behandelten Kinder machten eine leichte Erkrankung durch; je früher injicirt wurde, desto rascher schwand der Belag.

G. Reichsfeld. «Bericht über die Anwendung des Antidiphtherins (Behring und Roux) in 18 Fällen». (Nr. 16).

R. kommt zu dem Resultat, dass die Temp. fällt, die Pulsfrequenz abnimmt, das Allgemeinbefinden sich bessert, der Belag schrumpft und sich bald eine Demarcationslinie bildet. Je grösser die Quantität des injicirten Serums, desto häufiger das Auftreten von Nebenerscheinungen.

G. Herzenstein: «Die Sypilis in Sibirien, nach den neuesten Aufzeichnungen». (Nr. 17).

Referat eines Berichtes dreier Aerzte: Flittner, Stepanow und Tschanin.

K. Gontscharow: «Ein Fall motorischer Aphasie bei einem Kinde während des Typhus». (Nr. 18).

In Nr. 7 dieser Zeitschrift ist ein Fall beschrieben. Verf. beobachtete Aphasie bei einem 7-jährigen Kinde, die 1½—2 Monate anhielt und darauf schwand.

W. Kljatschkin: «Drei Fälle von Behandlung mit unterwegs gefroren gewesenem Serum». (Nr. 18).

K. injicirte 3 Kindern Serum, das in Sibirien an Ort und Stelle, aus Petersburg verschrieben, in einem gefrorenem Zustande anlangte. In allen 3 Fällen besserte sich der Zustand nach den Injectionen bedeutend und führte zur Genesung.

J. Fomiliant: «Ueber die Schnürleber». (Nr. 19).

Man kann 2 Typen von Schnürleber unterscheiden bei der einen ist die Leber auf 10—20 Ctm. herabgedrängt, in die Länge gezogen, dünn, gewöhnlich flach mit einer über die vordere (obere) Fläche quer oder schräg verlaufenden Schnürfurche und bietet in ihrer Configuration das von vielen Autoren schon früher beschriebene Bild. Bei der anderen Form ist die Leber verdickt, nach oben zu dicker, nach unten zu dünner, liegt über dem Rippenbogen, der quere Durchmesser ist der grösste. Es folgt die nähere Beschreibung beider Formen und Relationen resp. Dislocationen der Nachbarorgane bei der Schnürleber.

D. Flittner: «Rechenschaftsbericht für den Sommer 1894 im Kreise Narim (Gouvern. Tomsk)». (Nr. 20).

F. hat sich vor Allem zur Aufgabe gemacht, die Verbreitung der Syphilis unter den Ostjacken zu verfolgen. Frische Fälle waren wenig vorhanden, dagegen war die hereditäre Form und das gummöse Stadium sehr verbreitet, letzteres in 11 pCt. der Bevölkerung.

Lingen.

Дозв. ценз. Спб. 25 Сентября 1895 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 8. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». **1895.**

Wratsch. 28—36 incl.

R. Shirmunsky: «Ueber die desinficirende Wirkung des Jodoforms». (Nr. 28).

Verf. schüttete Jodoform zu einer Cultur von Staphylococcus pyogenes aureus, wodurch die Lebensfähigkeit dieses nicht beeinträchtigt wurde. Jodoformmarly, mit steriler Scheere in kleine Stückchen geschnitten, wurde in Gelatinkolben versenkt, wobei sich nur 2 Mal bei einer aus dem Ambulatorium entnommenen Marly Kolonieen bildeten. Schliesslich machte S. das Experiment, dass er Kaninchen in eine frisch angelegte Wunde eine 3 tägige Kolonie von Streptococcen und Staphylococcen applicirte und bei den einen Jodoform hinzufügte, bei den anderen nicht. Am 10. Tage hatte sich bei allen Abscedirungen gebildet. Das käuflich erworbene Jodoform enthält gewöhnlich Keime, will man dasselbe von diesen befreien, so ist eine Behandlung mit Sublimat oder Carbol rathsam.

J. Kudinzow: «Zur Casuistik und Technik der Eröffnung von Lungenabscessen». (Nr. 28).

Ein 31-jähriger Mann bot an dem linken Oberlappen die Zeichen einer Caverne, warf stinkendes mit Blut gefärbtes Sputum aus, in dem sich keine Tuberkelbacillen fanden, im Uebrigen keine Heerdsymptome. Es wurde Lungengangrän angenommen, ein Schnitt unter der linken Clavicula gemacht, die zweite und dritte Rippe theilweise resecirt, die verdickte Pleura eröffnet und reichliche Mengen Eiter und gangränöser Fetzen entleert. Die Wunde heilte zu, Pat. nahm an Gewicht zu.

A. Wirenius: «Ueber die neuesten graphologischen Studien in Deutschland». (Nr. 28 u. 29).

Aufstellung verschiedener Postulate in Bezug auf die Hygiene des Auges, des Knochensystems etc.

K. Pawlowsky: «Einige Worte über die Wirkung des Bromlithion auf Albuminurie und die Harnsecretion bei acuten und chronischen Formen der parenchymatösen Nephritis». (Nr. 29).

P. wandte das Bromlithion bei 22 Fällen von Nephritis an und fand, dass besagtes Mittel das tägliche Harnquantum vermehrt und besonders bei den acuten Formen, öfters den Eiweissgehalt des Harns herabsetzt. Ein Mal wurde Haematurie, 2 Mal Uebelkeit und Erbrechen beobachtet. Auch die sog. Schwangerschaftsnephritis wurde in günstiger Weise von Lithionbrom beeinflusst.

J. Dotschewsky: «Ueber die unmittelbare Einwirkung der Digitalis auf das Centralnervensystem». (Nr. 29 u. 30).

D. beobachtete bei einigen Kranken, denen eine verhältnissmässig geringe Dosis Digitalis im Infus verordnet wurde Erscheinungen, die sich nur durch Beeinflussung auf das centrale Nervensystem erklären lassen. Dahin gehören Trübung und Schwäche des Gedächtnisses, Gesichts- und Gehörshallucinationen, nächtliches Erheben vom Bett und Wandeln, Phantasiren etc. In den 5 angeführten Fällen war der Digitalisgebrauch kein protrahirter, die Verordnung lautete Inf. Dig. 0,4—0,5 : 200,0; 4 Esslöffel täglich. Die Beobachtungszeit fällt in den Herbst, wo die Wirkung der Digitalisblätter eine stärkere sein soll.

J. Lwow: «Ueber die operative Behandlung der Eierstockscysten durch einen Schnitt von der Scheide aus». (Nr. 30).

Eine 25 jährige Frau hatte im Douglas'schen Raum eine kindskopfgrosse ziemlich harte, undeutlich fluctuirende Geschwulst, die sich nicht in die Bauchhöhle reponiren liess. Der Tumor wurde mit einem Troicar angestochen, der Eiter entleert und mit der Kornzange Zähne und Knochenplatten herausbefördert. Später schrumpfte der Sack vollkommen ein, die Fistel schloss sich nach 5 Monaten. In einem anderen Fall wurde bei einem bis zum Nabel reichenden, mit der Umgebung verwachsenen Tumor im hinteren Scheidengewölbe ein 5 Ctm. langer Schnitt gemacht, der Eiter entleert, die Ränder des eröffneten Tumors mit dem Wundrand des Scheidengewölbeschnittes vereint. Allmählige Schrumpfung des Sackes und Genesung.

S. Dwornitschenko: «Ein Cholesteatoma an der Hirnbasis». (30).

In der Gegend des pons Varoli fand sich bei einem 28-jährigen Mann eine wallnussgrosse, perlmutterglänzende platte Geschwulst zwischen der Pia und Arachnoidea. Der Inhalt des Tumors bestand aus Cholestearincrystallen, Fetttröpfchen und polygonalen meist kernlosen Zellen.

P. Frolow: «Der erste Leprafall im Gouvernement Jaroslaw im Kreise Rytinsk. Bedeutende Besserung nach Anwendung von Ol. gynocardiae». (Nr. 30 u. 31).

Ein 21-jähriger Mann wies folgendes Bild auf: das Gesicht oedematös, bedeckt mit blaugrauen Flecken, die Haut fühlt sich sammetartig an, an den Wangen Knoten, Augenbrauen fehlen, facies leonina. An den Extremitäten Verdickungen der Haut, Pigmentirung, Knoten. Die Sensibilität herabgesetzt, stellenweise fehlend, ebenso der Temperatursinn. Nach Vorschrift von Young in Bombay wandte Verf. das Oleum gynocardiae an: 4 Tropfen 3 mal täglich innerlich, später steigend bis zu 20 Tropfen, Aeusserlich wurde auf die Knoten eine Salbe applicirt: olei semin. gynocard. odorat. 10,0; Cerae flav. 2,0; Vasel. 8,0. Unter dieser Behandlung beobachtete F. eine Besserung der Hautaffection und Hebung des Allgemeinbefindens.

O. Petersen: «Ueber Maassregeln zur Bekämpfung der Syphilis in Russland». (Nr. 31).

Eine der wichtigsten Maassregeln zur Verhütung der Verbreitung ist die Behandlung und Internirung des frisch Inficirten in eine Anstalt. Die Zahl der vorhandenen Hospitäler für Syphilitiker ist viel zu gering, die sich Meldenden finden kein Unterkommen, begeben sich in's Dorf, wo sie die Infection weiter verbreiten. Mit der Errichtung von fliegenden Colonnen ist wenig gethan.

A. Gurewitsch: «Diffuse Hypertrophie des Darmes in Folge chronischer Peritonitis». (Nr. 31).

Bei einer 47-jährigen Frau fühlte man zwischen Nabel und proc. xyphoid. eine 12—14 Ctm. lange bewegliche Geschwulst durch, über welcher der Percussionston gedämpft tympanitisch war. Dabei bestand ein completer Uterusprolaps. Bei der Operation erwies sich, dass dieser Tumor dem Colon transvers. angehörte. Derselbe wurde resecirt. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand man eine Hypertrophie der Muskelschicht, Verödung der Drüsen, Wucherung des interstitiellen Gewebes, geschwürige Processe in der Schleimhaut. Der Tod der Pat. erfolgte am folgenden Tage. Bei der Section zeigte sich, dass die Magenschleimhaut von einer carcinomatösen Neubildung ergriffen war. Die Darmwandungen waren diffus verdickt, das Darmlumen stellenweise verengt.

R. Katz: «Noch einige Bemerkungen über Skiaskopie». (Nr. 31 und 32).

Kritische Bemerkungen über die Arbeit von Schimanowsky.

F. Ewetzky: «Scleroma der Conjunctiva palpebr». (Nr. 32 und 33).

Bei einem von der Conjunctiva des oberen Augenlides stammendem Tumor fand man bei microskopischer Untersuchung eine hyaline Degeneration der Conjunctiva, speciell der zelligen Elemente, bei völligem Mangel einer Degeneration der Gefässe und des Bindegewebes.

In einem zweiten Fall handelte es sich gleichfalls um ein Sclerom im Stadium der fibrösen Degeneration.

Th. Openchowski: «Ueber die secundären Degenerationen bei Ernährungsstörungen der Med. oblong.». (Nr. 32).

O. hat im vorigen Jahr (Wratsch Nr. 24) einen Fall von Bulbäraffection beobachtet, wo per exclusionem die Störungen auf eine Embolie der rechten art. vertebr. zurückgeführt wurden. Nach Verlauf von 1½ Jahren stellte sich Pat. wieder vor: die rechte Gesichtshälfte abgeflacht, Stirnfalten rechterseits verstrichen, Lippen zart, electrische Erregbarkeit rechterseits geschwunden, fibrilläre Zuckungen der Zunge und andere Erscheinungen, welche sich aus anatomischen Veränderungen in dem verlängerten Mark in Folge von Ernährungs-

störung nach der Undurchgängigkeit der art. vertebr. dextr, erklären lassen.

J. Dotschewsky: «Ueber die physiologische und therapeutische Wirkung eines Auszugs der radix apocyni canabini». (Nr. 32).

Vorläufige Mittheilung:

Verf. gab 5—10 Tropfen der aus diesem Mittel hergestellten Tinctur bei Störungen der Herzthätigkeit. Die anfangs eintretende Verlangsamung der Herzthätigkeit rührt von dem Einfluss auf die Centra des Sympathicus her, die nachher folgende Beschleunigung von der Lähmung dieser Centra. Die Gefässe contrahiren sich in Folge Reizung der Vasomotoren.

A. Awdjikowitsch «Ein Fall von Empyem, geheilt nach der Methode von Lewaschow». (Nr. 32).

Bei einem 6-jährigen Kinde wurde ein Empyem mit dem Dieulafoy'schen Apparat punctirt, 400 Cbcm. Eiter entleert, später nochmals 250 Cbcm. Darauf wurde die Höhle mit sterilisirter Kochsalzlösung (38° C.) ausgespült bis die Spülflüssigkeit klar herausfloss und dann 150 Cbcm. sterilisirter Kochsalzlösung in der Pleurahöhle belassen. Wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, normale Temperatur und geringere Dimension der Dämpfung.

D. Gorochow und N. Chlebnikow: «Ein Fall von Symphyseotomie in der Landpraxis». (Nr 32).

24-jährige Viertgebärende, Beckenmasse: dist. cr. 24, dist sp. 23, conj. ext. 17,5, conj. diag. 8.

Die beiden ersten Mal Geburt zweier abgestorbener Früchte, das dritte Mal Perforation. In diesem Fall: Schädellage mit Armvorfall, Wehen seit 24 Stunden. Symphyseotomie, distantia interpubica 7—8 Ctm. Mittels Zange Extraction eines lebensfrischen Mädchens, unbedeutende Blutung, Vernähung des Periostes und der Weichtheile. Genesung.

F. Dörbeck: «Ein Fall von Gastritis phlegmonosa». (Nr. 32).

Eine 62-jährige Frau litt an Schüttelfrösten, Kopfschmerz u. geringer Schmerzhaftigkeit des Leibes, sonst objectiv nichts Auf der Section fand sich die eine Hälfte der Magenschleimhaut mit Geschwüren bedeckt, Infiltration der Magenwandung, flüssiger Eiter in der Peritonealhöhle und Trübung des Bauchfells.

A. Schtscherback und J. Iwanow: «Ein Fall von Poly- und Makroaesthesia». (Nr. 33)

Ein Pat. täuschte sich bei der Betastung von Gegenständen, stets gab er an, denselben in grösserer Dimension zu fühlen, als dieser in der That hatte, ein Streichhölzchen wurde für ein Stöckchen, der Percussionshammer für einen gewöhnlichen Hammer gehalten. Ebenso fühlte er nicht die richtige Anzahl ihm vorgelegter Gegenstände, z. B. kleiner Kugeln, sondern ein Vielfaches von der Anzahl. Diese merkwürdigen Erscheinungen konnten nur auf den vom rechten nerv. medianus versorgten Partieen beobachtet werden. Als objective Veränderung beim Kranken ist nur Herabsetzung des Muskelgefühls und der Schmerzempfindung angegeben.

A. Falkenberg: «Resection beider Oberkieferhälften nach Kocher». (Nr. 34).

Ein an der Schädelbasis gestielt sitzender Tumor wurde nach der von Kocher angegebenen Methode operirt. Genesung.

J. Efimow: «Zur Behandlung des Trachoms mit Massage». (Nr. 34).

Entweder massirt man die afficirte Schleimhaut unmittelbar oder die Augenlider von aussen. Dabei benutzt man auch Medicamente in Lösung, Salben- oder Pulverform. Die Massage regt den Stoffwechsel in der pathologisch veränderten Conjunctiva an. Das ectropionirte, durch einen Hornlöffel gestützte Augenlid, wird mit Vaselin bestrichen und dann mit 2 Fingern anfangs leise, dann herzhafter massirt 2—3 Minuten lang.

W. Matweewa: «Physische Entwickelung der Kinder in den Stadtschulen Petersburgs». (Nr. 33—34).

Statistische Angaben über Gewichts- und Maassverhältnisse.

A. Kissel: «Maligne Neubildungen und Typhus recurrens». (Nr. 33—35).

Häufig wird bei böswilligen Neubildungen anhaltendes hohes Fieber, welches mit fieberlosen Perioden wechselt, beobachtet, dabei sind die Milz und die Lymphdrüsen vergrössert. Hierher gehört auch die Hodgkinsche Krankheit (auch Lymphosarcoma. Lymphoma malignum genannt).

Verf. hat 5 Fälle beobachtet, in zweien hatte die Temperatur den typischen Verlauf eines chronisch verlaufenden Recurrens mit regelrechten Anfällen, die übrigen drei wiesen keine typische Fiebercurve auf. 2 jüngst beobachtete Fälle werden genau beschrieben. Beide (Kinder von 6—7 Jahren) wiesen multiple Vergrösserung der Drüsen, Milzschwellung, Herabsetzung des Haemoglobingehaltes, Verminderung der rothen Blutkörperchen (1 weisses auf 1562 rothe), auf. Fieberparoxysmen mit remittirendem Charakter. Zum Schluss werden 21 Fälle Hodgkinscher Krankheit aus der Litteratur angeführt.

K. Wewiorowsky: «Die ersten Behandlungsversuche der Syphilis im condylomatösen Stadium mit dem Blutserum von Syphilitikern im gummösen Stadium». (Nr. 34).

Analog den Erfahrungen mit der Blutserumtherapie bei Diphtherie und Tetanus nahm Verf. an, dass sich im Blut der Syphilitiker im gummösen Stadium Stoffe bilden können, welche einem frisch inficirten Körper einverleibt, die Infection abzuschwächen im Stande sind. Kräftig gebauten Syphilitikern wurde aus der Vena mediana basilica bis zu 250 Cbcm. Blut abgelassen, mit 20 pCt. Chlornatriumlösung versetzt, das Serum durch einen Chamberland'schen Filter durchgelassen. 4—20 Cbcm. dieses Serums wurde 5 Syphilitikern im II. Stadium eingespritzt, dabei jede locale und allgemeine Behandlung weggelassen. Die Kranken bekamen 20—23 Injectionen, nach diesen keine Reactionszeichen. Diese Behandlungsmethode führte entschieden zur schleunigen Besserung: die Primäraffecte heilten rascher, die Roseola blasste rascher ab, die Papeln schwanden rascher (nach 2—4 Injectionen) ohne locale Behandlung. Die allgemeine Drüsenschwellung trat in geringem Grade auf, vor Recidiven schützten die Injectionen nicht, die sich, bei diesen angewandt, weniger bewährten.

M. Chanutina: «Ueber einen Fall phlegmonöser Entzündung des Magens». (Nr. 32, 33, 34 und 36).

Nach Anführung einschlägiger Fälle aus der Litteratur, kommt Verfasserin auf den von ihr beobachteten Fall zu sprechen. Eine 26-jährige Frau erkrankte an Blutbrechen und blutigem Durchfall, Schüttelfrost, später Erbrechen übelriechender Massen, nach Angabe der Pat. eiterähnlicher Beschaffenheit, danach Besserung. Später heftige Schmerzen im Epigastrium, wieder Erbrechen eitriger Massen, bei der mikroskopischen Untersuchung derselben fand man Staphylococcen in grosser Zahl, Streptococcen in geringerer, Eiterkörperchen. Intermittirende Temperatur, local wogen Schmerzhaftigkeit anfangs nichts durchzufühlen, über dem linken Rippenbogen gedämpft-tympanitischer Ton, Leber etwas vergrössert. Der Harn gab Indicanreaction, kein Eiweiss. Unter dem linken Rippenbogen später eine Resistenz zu fühlen. Bei weiterer Beobachtung war die Resistenz noch lange zu fühlen, Erbrechen trat 1—2 mal wöchentlich auf, Inclination zu Verdauungsstörungen. Wahrscheinlich handelte es sich um eine phlegmonöse Entzündung der Magenwandung mit Abscedirung. Die Entstehung ist unklar, wahrscheinlich infectiösen Characters.

W. Sikow: «Ueber Splenorrhaphie». (Nr. 36).

Die Exstirpation der Milz ist nur indicirt, wenn dieses Organ primär verändert ist und die physiologischen Aufgaben nicht erfüllen kann. Verf. fixirte an Thieren nach Eröffnung der Bauchhöhle die Milz mittels eines sterilisirten «Netzes aus Catgutfäden» und Anziehung desselben an die Bauchdecken. Die angenähte Milz verkleinerte sich, wie aus den Sectionen hervorgeht, in ihrem Umfang, setzte ihre normalen Functionen fort, und lag an den Bauchdecken gut fixirt. Aus diesen Versuchen zieht Verf. den Schluss, dass die Exstirpation der Milz zu vermeiden, statt dessen die Fixation durch Naht vorzunehmen ist, wenn eine Dislocation besteht.

S. Afanasjew: «Bacteriologische Untersuchungen beim typh. exanthematicus». (Nr. 36).

Unter Beobachtung der nöthigen Cautelen wurde ein Haarseil durchgezogen, am nächsten Tage entfernt, in Stückchen geschnitten, in verschiedene Nährflüssigkeiten gelegt und microskopisch untersucht. Jedes Mal fanden sich gerade Stäbchen einzeln oder in Gruppen, bald gleichmässig, bald ungleichmässig gefärbt. Die Identität dieses Stäbchens mit dem Erreger des Typhus abdom. ist nach Ansicht Verf. zweifellos

W. Serenin: «Die Behandlung des Lupus mit örtlicher Application von Creosot und die Bedeutung des letzteren in der Behandlung tuberculöser und eitriger Processe». (Nr. 36).

S. bepinselte die vom Lupus afficirten Hautstellen mit Creosot, rein oder mit Glycerin 1:10. Eine günstige Wirkung, wenn auch eine langsame, ist nicht zu leugnen. Ebenso lässt sich Creosot bei localen tuberculösen Processen, bei denen eine radicale Entfernung der betheiligten Partieen nicht absolut möglich ist, mit Nutzen anwenden. Verf. wandte mit Creosotglycerin durchtränkte Tampons in zwei Fällen von Rippen- und Wirbelcaries mit Abscessbildung an.

W. Lesin: ‹Ueber Gastroenterostomie›. (Nr. 35).

Fall I: 30-jähriger Mann, reducirter Ernährungszustand, untere Magengrenze 2 Finger unter dem Nabel, Sucussionsgeräusch, Untersuchung des Magensaftes auf Salzsäure positiv, kein Tumor zu fühlen, beständiges Erbrechen. Bei Eröffnung des Abdomens eine spindelförmige Geschwulst an der Uebergangsstelle des Pylorus ins Duodenum sichtbar. Schnitt durch die Serosa und Muskelschicht des Magens, Hervorziehen der Magenschleimhaut Konusartig (Postnikow). Einnähen dieses Zipfels in die eröffnete Dünndarmschlinge, darüber sero-seröse Nähte. Die Communication zwischen Magen und Dünndarm war wahrscheinlich am 5. Tage hergestellt, bis dahin heftige Schmerzen und Erbrechen. Genesung. Verf. ist mit dieser Methode nicht zufrieden. — Fall II: 50-jährige Frau, in der Pylorusgegend ein Tumor zu fühlen, Gastroenterostomie nach Wölfler. Bedeutende Besserung. Der Hauptmangel in der Methode Postnikow's ist die ungenügende und erst nach einigen Tagen sich bildende Communication zwischen Magen und Dünndarm — ein Nachtheil der der Wölflerschen Methode nicht zur Last fällt.

J. Arkawin: ‹Zwei Fälle aus der Pathologie des Magens›. (Nr 35).

Fall I: 40-jähriger Mann, reducirter Ernährungszustand, eine Geschwulst längst dem linken Rippenrande, eine zweite rechts davon, kein Erbrechen. Bei der Section erwies sich der Tumor als Carcinom des Pylorus und der kleinen Curvatur des Magens. Das Erbrechen war ausgeblieben, weil ‹die Neubildung durch ihre Stoffwechselproducte die motorischen Centra des Magens früher vergiftete, bevor dieselben in ihrem anatomischen Gefüge zerstört waren». Fall II: Carcinom der Cardia in der kleinen Curvatur. Lingen.

Medicina Nr. 17—26.

Prof. G. Sacharjin: ‹Borshom und Vichy›. (Nr. 17).

Die ‹Katharinenquelle› (Borshom) hat den Vorzug vor dem gleichwerthigen Vichy (Célestins), dass sie leichter vom Patienten vertragen wird. Ihre Anwendung ist indicirt bei chronischem Magenkatarrh, Magengeschwür (zugleich mit Bismuth. subnitr.), bei Katarrh der Gallenwege und Gallensteinen, bei Katarrh der Harnwege und bei Podagra. Dabei führt S. lange Citate aus seinen klinischen Vorlesungen (2 Band) an, die auf die günstige Wirkung des Natrium bicarb. und chlorat. bei obengenannten Erkrankungen Bezug haben. Doch wäre es wohl wünschenswerth, wenn der Verfasser sich nicht nur auf seine theoretischen Auseinandersetzungen, sondern auch auf genaue klinische Belege zum Beweis der Heilkraft der Quelle stützen würde, sonst ähnelt die einfache Anpreisung allzu sehr den bekannten Bäderempfehlungen.

P. Bondarew: ‹Zur Differentialdiagnose der vitalen und postmortalen Verletzungen, Hautabschürfungen, Strangulationsfurchen und Sugillationen.› (Nr. 17—19).

Einerseits werden mikroskopische Untersuchungen an menschlichen Leichen ausgeführt, andererseits an Meerschweinchen, Ratten und Hunden, denen zu Lebzeiten ähnliche Verletzungen beigefügt worden waren. Bei vitalen Verletzungen konnten unter dem Mikroskop stets arterielle Thromben der Hautgefässe constatirt werden Bei Verletzungen, die einige Minuten nach dem Tode beigebracht wurden, fanden sich ebenso wie bei vitalen Verletzungen capilläre Hyperämie und Blutextravasate in der Haut und dem Unterhautzellgewebe, so dass diese nicht zur differentiellen Diagnose herangezogen werden können, worauf bereits Protassow im Jahre 1888 aufmerksam gemacht hat. Letzterer fand ausserdem die kleinen Arterien in Sugillationen, welche ½ Stunde post mortem erzeugt waren, vollkommen leer, während B. in ihnen rothe Blutkörperchen constatiren konnte. Auch die Schwellung der Zellen des stratum Malpighi kann postmortal in Folge von Zersetzung auftreten. Sehr unbedeutende Schwellung dieser Zellen, deutliche Verminderung der Blutfülle in den Arterien und Extravasate in der Umgebung der Venen würden eher für eine sofort nach dem Tode erfolgte als für eine vitale Verletzung sprechen.

E. Gurin: ‹Die Aufgaben einer systematischen Lokalbehandlung der Diphtherie.› (Nr. 20).

Verfasser hält die Anwendung der Seruminjectionen bei Diphtherie ohne lokale Behandlung nicht nur für ungenügend, sondern direct für ein ‹Vergehen›. Obgleich er nun den Leser nicht mit einer Aufzählung aller empfohlenen Medikamente für die lokale Behandlung ermüden will, hält er es doch für nothwendig, die wichtigsten Antiseptica anzuführen und lobt besonders eine ½—1 % Lösung von Höllenstein zum Bepinseln der afficirten Rachenschleimhaut. Ferner ist es seiner Meinung nach rationell mehrere Desinficientien zu combiniren, da hierdurch sowohl der Idee der Mischinfection als auch den Empfehlungen verschiedener Autoren genügt werde. Daher wird eine ganze Reihe (14) solcher Recepte aufgezählt, von denen G. bei rechtzeitiger Anwendung schnelles Schwinden der Belege und des Fiebers sah. Als Beispiel mögen folgende dienen: Hydr. salicyl. 0,05—0,15 Acid. salicyl., acid. carbolici aa 0,5—1,5 Spir. frument, Glycerini aa 15,0 Aq. dest. 70,0. — Ol. Terebint. rectif., ol. citri, ol. Thymi aa 5,0 Tinct. benzoes, tinct. Myrrhae aa 10,0 Saloli 3,0 Ol. petrae 70,0. — Pylocarpini hydrochlor. 0,01—005 Pepsini 0,5 Acid. muriat. dil. gtt. 3 Acid. salicyl, acid. carbol., acid. borici aa 0,5 Glycerini 20,0 Aq. dest. 80,0.

Nach des Autors Meinung müsse jeder Arzt bei Betrachten dieser Formeln ‹unbedingt zugeben, dass man bei dem jetzigen Stand der Lehre von der Diphtherie eine vielseitigere lokale Therapie kaum vorschlagen könnte.› Darin stimmen wir mit ihm vollkommen überein, glauben aber, dass man bei Behandlung jeder Krankheit und auch der Diphtherie nicht in einer systemlosen medikamentösen Vielgeschäftigkeit sein Heil suchen darf, besonders, wenn man sich solcher Vorzüge rühmen kann, wie sie G. zum Schluss seines Artikels bei Erwähnung der diphtheritischen Herzaffection vom behandelnden Arzte verlangt: ‹Vorsicht, Erfahrung, Findigkeit, Wissen und Können.›

Prof. S. Wassiljew: ‹Zum Polymorphismus der Krebsgeschwülste und die klinische Bedeutung der Temperatur beim Krebs innerer Organe›. (Nr 21—26).

Autor kam auf Grund zahlreicher Beobachtungen, namentlich von Lebercarcinom zur Ueberzeugung, dass das Auftreten miliarer Knoten, die von primärem Krebs innerer Organe ausgehen, klinisch durch deutliche Veränderungen im Krankheitsbild charakterisirt ist: je schneller die Aussaat erfolgt, um so akuter verläuft die Erkrankung, die oft Aehnlichkeit mit akuten Infectionskrankheiten (Typhus, Tuberkulose, Pyaemie) annimmt. Solcher Umschwung im Krankheitsbild, der von der Zahl und Grösse der Krebsknoten abhängig ist, wird also schon durch Temperaturmessungen erkennbar sein. Ist dagegen bloss eine, wenn auch grosse Krebsgeschwulst vorhanden, so wird der Verlauf ein chronischer, die Temperatur dabei normal oder subnormal sein, letzteres besonders bei Zerfall der Neubildung, und das Bild der Kachexie, eine Folge des Aufsaugens von Zerfallsproducten, in den Vordergrund treten. (Fortsetzung folgt).

J. Gorschkow: ‹Die Neurasthenie der Landbevölkerung›. (Nr. 23, 24).

G. weist mit Recht die, übrigens wohl jetzt nicht mehr verfochtene, Annahme zurück, dass es unter den Bauern keine Neurastheniker gäbe und führt einen Fall aus eigener Praxis an.

A. Krupetzky: ‹Ein Fall von Peritonitis syphilitica›. (Nr. 25, 26).

Diese äusserst seltene Erkrankung beobachtete K. an einem 61-jährigen Patienten, der mit secundären Erscheinungen auf die Jurjew'sche Klinik aufgenommen wurde. Sein Magendarmkanal functionirte anfangs vollkommen normal, später stellte sich Stuhlträgheit bis zur völligen Atonie des Darms ein, der nur durch hohe Klysmen einigermaassen abgeholfen werden konnte. Erscheinungen von Seiten des Bauchfells fehlten. Der Patient nahm schnell an Gewicht ab, wurde schwächer und apatischer und starb ca. 2 Monate nach der Aufnahme. Bei der Section fanden sich feste strangförmige Verwachsungen des Omentum, der Flexura dextra Coli transversi und des Colon ascendens mit der Bauchwand und den Darmschlingen unter einander und sehnige Verdickung des Mesenteriums des Dünndarms der Flexura sigmoidea, so dass letztere um ihre Achse gedreht und einzelne Darmschlingen stark gebläht waren. Die Schleimhaut des Colon descendens und der Flexura sigmoidea war blutig imbilirt und theilweise leicht nekrotisch geworden. Durch Schrumpfung der bindegewebigen Stränge wurde also das Darmlumen allmählich an einzelnen Stellen verengt, an anderen Stellen durch Koth und Gasansammlung ausgedehnt und dadurch die Peristaltik theilweise ganz aufgehoben. Lingen.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 15, 16 u. 17.

A. Kissel: «5 Fälle von nervösem Bronchialasthma bei Kindern». (Nr. 15).

Mittheilung von 5 Krankengeschichten, von denen der eine Fall noch ganz besonders Interesse verdient, weil die asthmatischen Anfälle mit Temperatursteigerung einhergingen, die Attaquen dauerten sehr lange und wiederholten sich ganz regelmässig zu Ende des Winters. Verf. giebt eine genaue Statistik über die Häufigkeit des bronchialen Asthma bei Kindern. Aetiologisch hat diese Krankheit nach Verf in den meisten Fällen eine rein nervöse Grundlage; durchaus nicht häufig giebt die Bronchialdrüsentuberculose oder reine Bronchialdrüsenschwellung Ursache zur Entstehung des Bronchialasthma ab, ebenso selten kann Asthma auf reflectorischem Wege entstehen (Reizung von Seiten der Nasenschleimhaut und der Mandeln).

S. Orlowski: «Ein Fall von Epilepsia partialis continua». (Nr. 15).

Die bei dem 36-jährigen Patienten beobachteten convulsiven Erscheinungen lassen sich in folgenden Hauptgruppen zusammenfassen: 1) Volle epileptische Anfälle mit Verlust des Bewusstseins. 2) Fortwährende, auch im Schlaf nicht sistirende Convulsionen: Zuckungen in der rechten Gesichtsseite und Zittern im linken Arm, 3) Attaquenweise auftretende Convulsionen: a) auf die ganze rechte Körperseite sich ausbreitende. b) Locale: im Gesicht, Hals, in der rechten Hand, im rechten Fuss, in der Zunge, im Rachen, im Kehlkopf und zuletzt auch im linken Arm. Die unter 1. bezeichneten allgemeinen epileptischen Anfälle wurden allmählig seltener, während die partiellen Krämpfe an Intensität und Extensität zunahmen. Verf. führt verschiedene Gründe an, wesshalb die bezeichneten Convulsionen nicht als Status epilepticus gelten können; er localisirt das Leiden in der corticalen motorischen Region des linken Grosshirns. Am meisten ist der in der Nähe des unteren Endes der Roland'schen Furche gelegene Hirnrindentheil betroffen. Anamnestisch konnte Lues nachgewiesen werden, obgleich die eingeleitete Innctionscur das Leiden eher verschlimmerte.

Th. Janowski: «Ueber Combination acuter Exantheme insbesondere der Masern und des Erysipels». (Nr. 15).

Neben Literaturangaben Mittheilung eines instructiven Falles. Interessant ist dabei, dass die rasch sich ausbreitende Rose mit dem Moment des Auftretens der catarrhalischen morbillösen Erscheinungen nicht nur in der Entwicklung aufgehalten wurde, sondern binnen kurzer Zeit wieder verschwand; das Erysipel bestand im ganzen 2 Tage, so dass man nicht annehmen kann, dass der Krankheitsprocess normaler Weise zurückgegangen sei.

A. Resser: «Ein Fall von gleichzeitiger Infection — Scharlach und Pocken». (Nr. 15).

W. Tipjakow: «3 Fälle von Lithiasis bei Frauen». (Nr. 16).

Verf. weist auf die Seltenheit der Blasensteine bei Frauen hin und führt 3 von ihm beobachtete Fälle an. Heilung mittels Sectio alta.

S. Tzarukow: «14 Fälle von Sectio alta bei Steinkrankheit». (Nr. 16).

Ausführliche Krankengeschichten, bieten Nichts neues.

A. Bernstein: «Die Geophagie als eine besondere Form der Manie». (Nr. 16).

Recht interessanter Krankenbericht. Die unwiderstehliche Neigung zum Erdessen stellte sich bei der Frau nach einer acuten Manie ein. Schon der Geruch der feuchten Erde genügte, um ein starkes Verlangen nach demselben wachzurufen, später genügte hierzu nur die Vorstellung des Erdgeruches; Patientin packte dann eine Handvoll Erde und schluckte dieselbe herunter. Wurde sie in ihrem Vorhaben gestört, so stellte sich starke Aufregung ein, sie warf Alles umsich, einmal brachte sie sich sogar eine tiefe Wunde mit dem Messer bei. Sobald sie aber ihr Verlangen stillen konnte, wurde sie ruhig, milde, die Aufregung legte sich sofort. Allmählig gewöhnte sie sich von Nahrungsmitteln ab und gebrauchte nur Erde mit Milch getränkt: selbstverständlich magerte sie ab und kam sehr stark herunter. Einige Besserung trat in der psychiatrischen Klinik ein. Verfasser sieht diese Geophagomanie als eine besondere Form der Hysterie an. Nicht zu verwechseln ist diese Geophagie mit der von Heusinger beschriebenen tropischen Krankheit, die unter dem Namen «cachexia africana», anaemie intertropicale, bekannt ist; hier tritt die Geophagie als ein Symptom auf, während das Hauptmoment die tiefe Ernährungsstörung darstellt.

W. Murawjew: «Ueber Sclerose der Nervenstämme bei der spontanen Gangraen». (Nr. 16).

Verfasser hat in 3 Fällen von Gangraena spontanea der unteren Extremitäten die Veränderungen der Nervenstämme in den amputirten Parthien studirt. Zur Untersuchung verwandte er die nn. tibialis anticus und posticus. Er fand: das Epineurium verdickt, in dessen Bindegewebe Arterien mit verdickten Wänden und unregelmässigem Lumen. Die Verdickung der Arterienwand geschieht auf Kosten der intima und adventitia; die media ist eher atrophirt; sehr häufig ist das Gefässlumen mit einem frischen oder bereits organisirten Thrombus gefüllt. Neben den grösseren Gefässen finden sich eine Menge kleiner, die zuweilen kranzartig die grösseren Gefässe umgeben. Auch die Venen zeigen dieselbe Veränderung. Was die Nervenfasern anlangt, so sieht man auf Pal'schen Präparaten, dass in der Peripherie des Nervenbündels die Fasern mit ihren schwarzen Myelinhüllen scharf hervortreten, obgleich durch starke Bindegewebsbrücken auseinandergedrängt; mehr zum Centrum werden die Bindegewebsbrücken dicker, die Nervenfasern erscheinen verdünnt, die Myelinmembran noch kaum erkennbar; an vielen Stellen, namentlich in der nächsten Umgebung der sclerosirten Gefässe sind die Nervenfasern schliesslich gar nicht mehr nachzuweisen. Verf. führt seine Gründe an, wesshalb er zur Meinung derjenigen Autoren neigt, die die Gefässveränderung als das Primäre, die Veränderung der Nerven als das Secundäre betrachten.

I. Chljebnikow: «80 Fälle von Diphtherie, behandelt mit Serum im Kreislazareth zu Stawropol». (Nr. 16).

Auf Grund seiner Beobachtungen kommt Verf. zu der Schlussfolgerung, dass das Serum ganz unzweifelhaft eine heilende Kraft besitzt, es setzt die Mortalität bei allen Formen der Diphtherie, mit Ausnahme der septischen, bedeutend herab und muss als das beste von allen bekannten Mitteln gegen Diphtherie anerkannt werden.

A. Wwedenski: «Ueber Amputationsneurom». (Nr. 17).

Verf. weist zunächst darauf hin, dass die Frage, ob das Amputationsneurom zu den wirklichen Tumoren gerechnet werden muss, noch unentschieden sei; einige Autoren fassen es als Nervennarben oder als hypertrophirte Narbengebilde auf, andere finden in diesen Neuromen alle Eigenthümlichkeiten einer Geschwulst wieder, nur ist es bei diesen noch streitig, was als Ausgangspunkt zu der Entwicklung von Neuromen diene — das Nervengewebe oder das interstitielle Gewebe. Verf. hat in einem Falle Gelegenheit gehabt diese Frage zu entscheiden. Es handelte sich um einen 17-jährigen Knaben, dem in Folge von hartnäckigen Unterschenkelgeschwüren das untere Dritttheil des Oberschenkels amputirt worden war. Nach einiger Zeit stellte sich Schmerzhaftigkeit in der Umgebung der Amputationsnarbe ein, die mittelst Bleiwasser- und Karbolcompressen nicht gehoben werden konnte, so dass er zum operativen Eingriff schreiten musste; unter Chloroformnarkose wurde die Narbe und der unter derselben gelegene Tumor exstirpirt; dieser lag im Verlauf des n. ischiadicus, war daumenfingerdick und 3 Cm. lang, bestand aus einem Grundstück, von dem 2 Stiele ausliefen, die mit einer kolbenförmigen Verdickung endeten; es waren somit 2 hypertrophirte Nervenbündel die durch Narbengewebe vereint waren. Die Beschreibung des mikroskopischen Bildes ist im Original nachzulesen. Auf Grund dieses Bildes behauptet Verf., dass das Amputationsneurom zu den wirklichen Geschwülsten gezählt werden müsse.

W. Serenin: «Die chronische haemorrhagische Entzündung der Higmorshöhle», (Nr. 17).

Die 62-jährige Frau wurde mit Klagen über Schmerzen und Schwellung in der Gegend der linken Oberkieferhälfte in's Moskauer Marienhospital aufgenommen. Die Krankheit soll vor 2 Jahren entstanden sein, es trat eine Schwellung im Oberkiefer auf, später gesellte sich starke Schmerzhaftigkeit in der Gegend des Alveolarfortsatzes hinzu und eine Secretion in der Nähe des ersten grossen Backenzahnes; dieser musste später entfernt werden, doch blieben die Schmerzen bestehen, und aus einer kleinen Oeffnung der Alveole sickerte ein stark stinkendes blutiges Secret fortwährend hervor. Genaue rhinoskopische Untersuchung konnte nicht ausgeführt werden, da die nasale Wand der linken Higmorshöhle stark ausgebaucht war und der Nasenscheidewand anlag; die Secretion aus der linken Nasenhälfte war eine minimale. Bei Betrachtung der Mundhöhle tritt recht scharf die veränderte Configuration der linken Hälfte des Oberkiefers hervor, der Alveolarfortsatz zeigt eine gleichmässige halbovale Ausbauchung und an der Stelle des ersten hinteren Backenzahnes findet sich eine Oeff-

nung, aus der die vorher erwähnte Secretion statt findet. Ungefähr im Centrum der Geschwulst auf der Höhe der 2 ersten hinteren Backenzähne ist Fluctuation nachweisbar, bei Druck fliesst dann aus der erwähnten Fistel das blutige Secret hervor. Verfasser machte den Schnitt nach Dieffenbach, wobei es sich erwies, dass die Höhle mit einem blutigen Secret gefüllt war, die Schleimhaut an vielen Stellen verdünnt und usurirt mit grossen Mengen von weichen, blutenden Granulationen bedeckt. Verfasser weist auf die Seltenheit dieser chronischen Entzündung hin.

W. Tipjakow: «Ein Fall von Hernie des graviden Uterus. Laporotomie. Günstige Beendigung der Schwangerschaft». (Nr. 17).

4 Finger unterhalb des Nabels in der Linea alba konnte man durch die Bauchdecken hindurch den Bruchring palpiren (8—9 Cm. im Durchmesser). Durch diesen Ring war der schwangere Uterus vorgefallen; die wahrnehmbare Geschwulst reichte bis zum Oberschenkel. Da die Reposition nicht gelang, musste die Laporotomie ausgeführt werden, da Einklemmungserscheinungen auftraten. Die Schwangerschaft wurde durch die Operation in keiner Weise geschädigt. Patientin gebar später ein gesundes, ausgetragenes Kind.

Abelmann.

Medicinskija pribawlenija k morskomu sborniku. (März—Juni).

A. Tschemolossow: «Netzhautblutungen bei der Biermer'schen perniciösen Anämie». (März, April).

T. verfolgte genau die Netzhautveränderungen bei 4 Patienten, die an Bandwurmanämie litten und konnte feststellen, dass die Blutungen in die Netzhaut per diapedesin erfolgen und dass sie constant vorhanden sind, eine gewisse Grösse besitzen und sich stets um die Papille oder zwischen Papille und macula lutea lokalisiren. Bei Intensiverwerden der Krankheit treten auch die Blutungen in grösserer Zahl auf, wogegen Fehlen neuer Blutungen und Resorption der alten eine günstige Prognose gestatten. Mehrfach fand T ampullenförmige Erweiterungen der Netzhautgefässe mit Aneurysmenbildung, die Blutungen vortäuschten. Diese Blutungen riefen keine Sehstörung hervor, ausser wenn sie sich auf der macula lutea befanden.

A. Tscherenschansky: «Der erste Fall von Entfernung eines subserösen Fibromyoma uteri durch Laparotomie im Marinehospital zu Wladiwostok». (März, April).

Die 40 jährige Patientin wandte sich wegen Dysmenorrhoe, Leibschmerzen bei der geringsten Bewegung, nervöser Erscheinungen an T., der bei der Untersuchung eine etwa faustgrosse, dem Fundus uteri breitbasig aufsitzende Geschwulst fand. Die Laparotomie bestätigte die Diagnose. Der Stiel wurde unterbunden und nach Entfernung des Fibromyoms der Stumpf mit dem Paquelin cauterisirt und in die Bauchhöhle versenkt. Die Bauchwunde wurde durch tiefe und oberflächliche Seidennähte geschlossen. Reactionsloser Verlauf. Nach 12 Tagen stand Patientin auf.

K. Morkotun: «Zur Desinfection von Wohnräumen, speciell auf Schiffen». (April).

P. Cholschewnikow: «Bericht über das anatomische Theater des Kronstädter Marinehospitals 1893». (Mai, Juni).

Zur Section gelangten 484 Leichen. Darunter 47 Tuberkulosis pulm., 46 Pneumonia crouposa, 27 Pneumonia catarrh., 25 Pleuritis, 8 Pyopneumothoran, 18 Peritonitis purul., 5 Peritonitis tuberk., 11 Typhus abd., 3 Typhus evanth., 18 Hämorrhagia cerebri, 21 akute Alkoholvergiftung etc. Im einzelnen bietet der Bericht nichts besonderes.

J. Hagen-Torn: «Intravenöse Injectionen bei Cholera. Zur Pathologie der Cholera». (Mai, Juni).

Nach einem historischen Ueberblick und sorgfältiger Analyse der Literatur geht Verfasser auf der Choleraepidemie 1894 in Kronstadt über. Dieselbe dauerte vom 8. Juni bis 22. August. Von 42 Kranken, die bis zum 23. Juni Aufnahme fanden, starben 27 = 64 Procent. Von den folgenden 192 Kranken, die bis zum 22. August eintraten und mit intravenösen Kochsalzinjectionen behandelt wurden, starben 65 = 33 8 Procent. Unter ihnen befand sich eine grosse Zahl schwerer Fälle.

(Fortsetzung folgt).

A. Tschemolossow: «Zur Bakteriologie und pathologischen Anatomie des körnigen Conjunctivalcatarrhs (Trachom und Conjunctivitis follicul.)». (Mai).

Bei der bakteriologischen Untersuchung des ausgepressten und auf Nährboden verpflanzten Follikelinhalts wurden bei 9 Trachomkranken staphylococcus pyog. aurens und albus, bei 8 ausserdem ein kurzes dem Löfflerbacillus ähnliches Stäbchen, bei 4 noch staphylococcus pyog. citreus gefunden. Die directe mikroskopische Untersuchung des Detritus und von Schnitten durch die Follikel ergab weder beim Trachom noch bei der Conjunctivitis follicul. irgendwelche Bacillen oder Kokken. Daher wandte sich T. der pathologisch-anatomischen Untersuchung zu, indem er Stücke der unteren Uebergangsfalte ausschnitt und erhielt folgende Resultate. Die Peripherie des Kornes sowohl bei Trachom als auch bei Conjunctivitis foll. bilden einkernige, stark färbbare Leukocyten, die manchmal in einigen concentrischen Schichten gelagert sind.

Den Inhalt bilden epitheloide, blasse, grosse Zellen, die sich durch Mitose theilen. Uebergangsformen zwischen beiden Zellenarten giebt es nicht. Eine besondere bindegewebige Hülle des Kornes konnte T. nicht beobachten, sie tritt erst bei der Sclerosirung des Kornes auf. Daher kann man dasselbe auch nicht als Follikel, mit dem es nichts gemeinsames hat, bezeichnen. Im Inneren des Kornes sah T. deutlich Kapillaren verlaufen. Dabei unterschied sich das pathologisch-anatomische Bild des Trachoms in keiner Weise von dem der Conjunctivitis folliculosa und da die Aetiologie auch vorläufig unaufgeklärt bleibt, so schlägt Verf. vor, frische Fälle von Trachom und Conjuctivitis follic. als körnige Entzündung der Conjunctiva (Conjunctivitis granulosa acuta et chronica) zu bezeichnen und die Benennung «Trachom» nur den narbigen Veränderungen beizulegen.

A. Fadejew: «Balantidium coli bei Colitis ulcerosa». (Mai).

Der 25 jährige Matrose trat mit den Erscheinungen eines chronischen Magendarmkanals in das Petersburger Marinehospital ein. In den Fäces, wurden, allerdings erst 1 Monat nach der Aufnahme, eine Menge Balantidien entdeckt, die bereits so schwere lokale Veränderungen hervorgerufen hatten, dass Patient trotz energischer Therapie an allgemeiner Schwäche starb. Bei der Section wurden chronischer Magendarmkatarrh und ulceröser Dickdarmkatarrh neben fettiger Degeneration des Herzens, der Leber und Nieren gefunden. Daher räth Verf. bei jedem hartnäckigen Durchfall den Stuhl auf Parasiten zu untersuchen und führt zum Beweis des Gesagten einen zweiten unlängst beobachteten ähnlichen Fall an, der nach Chinin- und Borsäureklysmen genas.

G. Grinzow: «Einige Beobachtungen über die chirurgische Behandlung des weichen Schankers». (Mai).

Autor löffelte bei 50 Patienten, von denen 16 an phagedänischen Schanker litten, das Geschwür aus, wodurch dasselbe zu einer der gewöhnlichen Behandlung zugängigen Wunde aus. Die Heilung nahm 7 bis 40 Tage in Anspruch. Dabei betont G., dass der scharfe Löffel bei Ausführung der, immerhin recht schmerzhaften, Operation nicht zu energisch geführt werden darf, dass die unterminirten Ränder mit der Scheere entfernt werden müssen und dass dicht bei einander liegende Geschwüre zu einer Wundfläche vereint werden.

D. Murinow: «Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Abtheilung des Petersburger Marinehospitals im Jahre 1893». (Juni).

Von 373 Patienten genasen 345, starb 1 (an Krebskachexie), verblieben 27. Unter den 175 Verletzungen waren 12 einfache, 27 complicirte Brüche (nicht Phalangenbrüche), 6 Luxationen (3 des Daumens), 56 Wunden, die keine besonderen Complicationen boten. Unter den entzündlichen Affectionen (135 Fälle) nahmen die erste Stelle die Entzündungen der Knochen und Gelenke (50 Fälle) ein, die meist akuter Natur waren, an zweiter Stelle folgten die Abscesse (42). Grössere Operationen wurden 28 ausgeführt (darunter eine Amputation des Vorderarms, 6 Exstirpationen gutartiger Neubildungen und eine Exstirpation eines Oberschenkelsarkoms) kleinere 143.

Weyert.

Eshenedelnik 21—33. incl.

A. Pjassetzky: «Coritis rheumatica». (Nr. 21).

P. hat die Beobachtung gemacht, dass bei Leuten, die sich in feuchten Räumen aufhalten und zu Erkältungen disponi-

ren, eigenthümliche bläulich-rothe Streifen von 1—2 Ctm. Länge auf der Haut auftreten, die erweiterte venöse Capillaren darstellen. Dieses ist eine häufige Erscheinung beim «Hautrheumatismus». Die Temperatur ist nicht erhöht, die Haut sehr empfindlich, während die unter derselben befindlichen Partieen (Muskel) nicht schmerzhaft auf Druck sind, doch erkrankten manches Mal Gelenke und Muskeln gleichzeitig. Besondere Aufmerksamkeit verdient das klinische Bild des Hautrheumatismus, wenn dieser sich auf der Brust localisirt, der Kranke macht den Eindruck eines schweren Asthmatikers. Die Behandlung besteht in Darreichung von Natr. salicyl. innerlich und Chloroformeinreibungen.

Th. Omeltschenko: «Ein modificirter Apparat zur Beschäftigung mit dem Microskop bei künstlicher Beleuchtung». (Nr. 21).

M. Mironow: «Warme und heisse Bäder zur Zeit der Menstruation». (Nr. 22).

Allgemeine Bäder (27°—28° R.) mit Zusatz von Salz sind bei verschiedenen gynäcologischen Erkrankungen nicht nur nicht schädlich, sondern wirken schmerzstillend und beeinflussen die Menstruation gar nicht oder machen dieselbe spärlicher. Wurden Bäder von 32°—33° R. (wobei die Pat. nur bis zum Gürtel im Wasser sitzt) Frauen mit gesundem Genitalapparat und normaler Menstruation zur Zeit der Periode verabfolgt, so sah Verf. nie eine nachtheilige Beeinflussung, die Menge des menstruellen Blutverlustes war öfters geringer, die Dauer der Periode kürzer. Eine 3. Beobachtungsreihe bei Frauen, die an chronisch entzündlichen Erscheinungen laborirten, lehrt gleichfalls, dass heisse Bäder zur Zeit der Menstruation die Regel nie vermehren, sondern eher das Gegentheil zur Folge haben. Eine Reihe von Krankengeschichten sprechen für die Ansicht Verf.'s.

M. Hermann: «15 mit Heilserum behandelte Diphtheriefälle». (Nr. 23).

Das Behring'sche und Roux'sche Heilserum wurde in 15 Fällen mit Erfolg angewandt.

M. Grünberg: «Ein seltener Fall von Entwickelungsstörung. Pseudohermaphroditismus mit congenitaler Atresia ani». (Nr. 23).

Grosse Schamlippen hypertrophisch, in diesen werden zwei längliche Körper (Hoden?) durchgefühlt. An der Berührungsstelle der kleinen Labien ein Gebilde, das als penis angesprochen werden muss. 1/2 Ctm. tiefer eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung aus der beim Schreien eine gelbliche Masse mit faecalem Geruch herausgepresst wird. Analöffnung nicht vorhanden.

M. Schiferowitsch: «Ueber die pathologische Anatomie und das klinische Bild der Petrification der Pleura». (Nr. 24).

Ein 38-jähriger Mann, aus dessen Anamnese hervorging, dass er vor längerer Zeit an Lungentuberculose und einer rechtsseitigen Pleuritis gelitten hatte, starb unter den Erscheinungen einer frischen Endocarditis und Nephritis. Bei der Section fand man die rechte luftleere Lunge, auf deren Durchschnitten Kalknester zu sehen waren, in eine steinharte Masse — die verkalkte Pleura — eingekapselt, die nur mit einem Meissel zertheilt werden konnte. Nebenbei Nephritis, Endocarditis vegetativa, Anasarca, Ascites, Hydrothorax, Degeneratio cordis adiposa etc.

Koch: «Sind die prophylactischen Scheidenausspülungen vor und nach der Geburt nothwendig?» (Nr. 25).

Nach Auseinanderlegung der Gesichtspunkte verschiedener Kliniker über diese Frage, kommt Verf. auf Grund von 612 beobachteten Geburten zu dem Resultat, dass prophylactische Scheidenausspülungen bei normalem Geburtsverlauf selbst bei den primitivsten Verhältnissen nicht anzuwenden seien. Bei pathologisch verlaufenden Geburten und nach operativen Eingriffen ist eine Scheidenausspülung «zweckmässig, wenn auch, natürlich nicht in allen Fällen». Verf. hat gewöhnlich nach Operationen keine Ausspülung gemacht. Der Hebamme ist es streng verboten, irgend eine Ausspülung vorzunehmen. Nebenbei wird auf einige complicirte Fälle näher eingegangen.

H. Herzenstein: «Ueber die Maassregeln zur Bekämpfung der Syphilis auf dem Lande». (Nr. 26).

Die Syphilis ist in Russland sichtlich im Steigen begriffen, in einigen Kreisen kommen auf 100 Einwohner 5 Syphilitiker, einige Gegenden sind ganz verseucht. Locale Maassregeln sind nicht genügend, es müssen fliegende Colonnen beschickt, temporär Hospitäler eingerichtet werden.

N. Alexejew: «Ueber die Anwendnng der Mineralwässer von Borshom bei einigen Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates». (Nr. 27).

Der kaukasische Curort Borshom besitzt Quellen, die ihrem chemischen Bestande nach, den Quellen von Grande-Grille Vichy am meisten gleichkommen. Von letzterem zeichnet es sich durch den höheren Gehalt von Brom- und Jodnatrium und doppelkohlensaurem Eisenoxyd, durch den geringeren an schwefel- und phosphorsauren Verbindungen. Die Temperatur der Katharinenquelle in Borshom beträgt 30° C. — Verf. wandte das in Flaschen exportirte Mineralwasser bei chronischer Cystitis, Peri-Parametritis, Salpingo-Orphoritis an, 1—4 Glas täglich. Das tägliche Harnquantum stieg, die Ausscheidung der Chloride, des Harnstoffes und der Harnsäuren nahm zu, ebenso stieg der Säuregehalt des Harns und die Ausscheidung des Harngries.

D. Simtschenko: «Beobachtungen über Windpocken im Kasanschen Gemeinde-Waisenhaus». (Nr. 28).

Im Laufe von 15 Jahren hat Verf. 12 Epidemieen erlebt, während welcher 872 Menschen an Windpocken erkrankt waren. Die Incubationsperiode betrug zwischen 3 und 26 Tagen, am häufigsten 15 und 16 Tage (in 320 Fällen). Bei mehreren Epidemieen schloss sich an die Varicellenepidemie eine solche von Keuchhusten, Masern oder Scharlach an. Als Combinationen sind verzeichnet Stomacace, Aphtae, Erysipel, Lymphdrüsenschwellungen. Auftreibungen der Knochen, die in 3 Fällen in Eiterung übergingen, Synovitis, Nephritis. (3 starben an den Erscheinungen von Uraemie) etc. Die Windpocken bilden eine specifische Infectionskrankheit, die nichts mit der Variola gemein hat.

W. Minz: «100 mit Heilserum behandelte Diphtheriefälle». (Nr. 29).

In 52 Fällen injicirte Verf. das Roux'sche Serum, zu prophylactischen Zwecken, wie M. behauptet, mit Erfolg. Die Diagnose wurde nach dem klinischen Bilde gestellt, bacteriologische Untersuchungen wurden nicht gemacht. Nach der Injection stieg die Temp. in den ersten 12—24 Stunden, um dann zu fallen, der günstige Einfluss auf den localen Process war sichtlich. Verf. theilt seine Fälle ein in 1) leichte 16 — mit einem Todesfall, 2) 54 mittelschwere mit 5 Todesfällen, 3) 12 schwere — 8 Todesfälle und 4) mit Croup complicirte 18 mit 11 Todesfällen. Das Alter betrug zwischen 1 und 14 Jahren. Als Todesursache sind angegeben: Uebergang auf den Kehlkopf 11, Herzparalyse 3, Anaemie 2, Septicaemie 5, allgemein paralytischer Zustand 1, unbekannt 3. Bei 23 Fällen wurde Eiweiss im Harn gefunden. Im Vergleich mit den früheren statistischen Aufzeichnungen ist in Stawropol seit Behandlung mit Heilserum die Mortalität bedeutend gefallen (früher 60 pCt., 50 pCt., 52 pCt., 38 pCt., jetzt 25 pCt.). Während der letzten Epidemie wurden 63 Diphtheriekranke ohne Heilserum behandelt, von diesen starben 28,6 pCt.

J. Günzburg: «Lymphadenitis colli idiopathica». (Nr. 30).

Das sogen. Drüsenfieber ist infectiösen Characters, tritt sporadisch oder epidemisch auf, setzt mit hoher Temperatur ein, darauf folgt Schwellung der Drüsen auf der Parotis, unter dem m. sterno-cleido-mast. Selten geht die Schwellung in Vereiterung über. In einem Fall schloss sich an das Drüsenfieber eine tuberculöse Meningitis mit letalem Ausgang an.

P. Morgunow: «Erfahrungen mit der Serumbehandlung». (Nr. 31).

Bericht über 7 mit Erfolg behandelte Diphtheriefälle.

M. Burland: «Ueber die Anwendung der Schlammbäder von Zichisdjevari bei Peri- und Parametritis». (Nr. 32).

Ein mit Erfolg behandelter Fall veranlasst Verf. auf die günstige Wirkung des Schlammes von Zichisdwari aufmerksam zu machen. Es handelte sich um eine Exacerbation einer Peri-Parametritis, die sich im Laufe der Behandlung bedeutend bessert, aber nicht ausheilte.

W. Owtschininsky: «Die Behandlung der Krankheiten der Eustachischen Röhre». (Nr. 33).

Ein Auszug aus dem Werke von Bürkner: «Die Behandlung der Krankheiten der Eustachischen Röhre».

Lingen.

Дозв. ценз. Спб. 18 Ноября 1895 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.

RUSSISCHE MEDICINISCHE LITERATUR.

№ 9 u. 10. Beilage zur «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift». 1895.

Bolnitschnaja gaseta Botkina № 22—36.

S. Afanasjew: «Der Verlauf des Abdominaltyphus bei Wannenbehandlung und subcutanen Injectionen von reizenden Substanzen». (Nr. 22—36.)

Verf. kommt in seiner breit geschriebenen Arbeit über acht sehr genau beobachtete Typhen zum Resultat, dass während der Febris continua heisse Halbwannen mit kalten Uebergiessungen ein bedeutendes Ansteigen der Zahl der rothen Blutkörperchen über die Norm, d. h. eine vermehrte Filtration des Plasma in das Lymphsystem veranlassen. Dabei nimmt durch Diapedese die Zahl der Leukocyten im Blut ab. Im Stadium des lytischen Temperaturabfalls erfolgt eine Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen durch verstärktes Zufliessen der Lymphe in die Blutgefässe und daher ein wellenförmiges Anschwellen der Zahl der Leucocyten, die unter der Einwirkung der den Lymphdrüsen zugeführten Bakterienproteine in grosser Anzahl im Lymphsystem neu gebildet werden. Die aus Bakterienproducten hervorgehenden thermischen Erreger werden sowohl durch die Zellen der Lymphdrüsen als auch besonders in der Leber zerstört. Die Menge des im Harn ausgeschiedenen Harnstoffs kann in den ersten Tagen der hydropathisch behandelten Typhen erhöht sein; später nimmt sie bei verstärkter Filtration des Blutplasma in das Lymphsystem ab. Bei subcutaner Injection von Formalin oder alkoholischer Fuchsinlösung (neben Bäderbehandlung) ist der Temperaturabfall in den ersten Tagen stärker, als bei Bäderbehandlung allein. Doch entwickelte sich stets an der Injectionsstelle ein Infiltrat, aus dem Typhusbakterien gewonnen werden konnten und wenn die Injection in den ersten Tagen des Temperaturabfalls stattfand, erfolgte wieder ein Ansteigen der Temperatur und Verzögerung der Lysis. Nach einiger Zeit bildete sich gewöhnlich ein Abscess an der Injectionsstelle, in dem nach Formalininjection Staphylococcen, nach Fuchsininjection nur Typhusbacillen constatirt werden konnten. Nach Fuchsininjection beobachtete A. ausser starker Färbung des Harnes Milzanschwellung und Eiweiss im Harn, der Typhusbacillen enthielt und glaubt, dass dieses auf verstärkter Dissemination der Bakterienanhäufungen im Körper beruht. Die Bäderbehandlung verkürzte den Verlauf des Typhus, wenn sie am Ende der zweiten Krankheitswoche einsetzte, was durch den darauf erfolgenden Temperaturabfall bewiesen wurde. Bei Complication mit Lungenerkrankungen trat erst 6—7 Tage nach Beginn der Bäderbehandlung ein Effect ein.

N. Tschistowitsch: «Ueber die Ursachen der Verminderung der Leukocyten im Blut nach Injection verschiedener Substanzen». (Nr. 25—28.)

T. hat sich bekanntlich bereits in mehreren Arbeiten als Anhänger der Goldscheider-Jacob'schen Theorie erklärt, die darin gipfelt, dass nach Injection von Bakterienkulturen, Tuberkulin, Hemialbumose etc. eine allgemeine Hypoleukocytose auftritt durch Ansammlung der Leukocyten in den Capillaren, besonders in denen der Lunge. Im Sommer 1894 wurden nun von T. nochmals Versuche zur Aufklärung der Hypoleukocytose im Laboratorium des Kronstädter Marinehospitals ausgeführt. In einer Reihe von Thierversuchen verglich T. die Zahl der Leukocyten im peripheren (Ohr) und centralen (Mesenterial-)Gefässen nach Injection von Pepton und Tuberkulinlösung in's Blut und fand hier wie da deutliche Hypoleukocytose, die demnach den grösseren Gefässen gemeinsam ist. In einer anderen Versuchsreihe wurden die Thiere (Kaninchen) sofort nach eingetretener Hypoleukocytose getödtet und die inneren Organe bei noch pulsirendem Herz zwecks mikroskopischer Untersuchung entnommen und fixirt. Die Lungencapillaren, seltener die Leber und Milzcapillaren erwiesen sich gefüllt von Leukocyten, namentlich polynukleären Zellen, deren Zahl in den grösseren Gefässen abgenommen hatte. Besonders deutlich trat diese Ansammlung der Leukocyten in den Capillaren nach Injection von Typhuskulturen und Kulturen von Fränkel'schen Diplococcen auf. Als Ursache dieser Vertheilung der Leukocyten möchte T. erstens eine Contraction der Gefässe des kleinen Kreislaufs nach der Einspritzung annehmen, wodurch die Lungencapillaren das erste Filter bilden, in dem die hineingepressten Leukocyten aufgehalten werden. Begünstigt wird letzteres durch Umfangzunahme und Abnahme der Beweglichkeit der Leukocyten in Folge Aufsaugung der injicirten Substanzen. Ausserdem werde die Herzthätigkeit herabgesetzt und dadurch gleichfalls Circulationsanomalien veranlasst und schliesslich die Thätigkeit der blutbildenden Organe geschwächt, was einen verminderten Zufluss von Leucocyten zum circulirenden Blut zur Folge hat.

A. Trojanow: «Zur Gastroenterostomie». (Nr. 26.)

T. lenkt die Aufmerksamkeit in vorliegendem Artikel auf die Veränderungen im Chemismus des Magens nach Herstellung einer Communication zwischen Magen und Darm und theilt seine diesbezüglichen Untersuchungen mit. Ein 38-jähr. Patient wurde im October 1894 mit den Erscheinungen der Pylorusstenose in's Obuchowhospital aufgenommen. Freie Salzsäure fehlte im Magensaft, gebundene Salzsäure = 0,9 ‰, die Reaction auf Salicylsäure erfolgte erst 6 Stunden nach Eingabe von Salicylsäure. Im Januar 1896 wurde Patient laparotomirt und da der von einem Scirrhus eingenommene Pylorus mit der Umgebung fest verwachsen war und nicht resecirt werden konnte, wurde die Wölfler'sche Gastroenterostomose ausgeführt, der sich die Enteroanastomose anschloss. Die Wunde heilte per primam. Das Erbrechen sistirte nach der Operation vollständig und Patient erholte sich so gut, dass er im April wieder in's Dorf zurückkehren konnte. Nach der Operation wurde im ausgeheberten Magensaft (1 Stunde nach dem Probefrühstück) 0,59 pro mille freie Salzsäure und 0,5 gebundene Salzsäure gefunden; die Verdauungskraft war bedeutend gehoben, Salicylsäure konnte 2 Stunden nach Eingabe im Urin nachgewiesen werden. Die Operation wirkt aber nicht nur auf die mechanische, sondern auch auf die chemische Thätigkeit des Magens günstig ein.

G. Swijasheninow: «Ueber Schussverletzungen der Bauchhöhle». (Nr. 27—29.)

Mittheilung von 7 Fällen aus dem Marienhospital während der Jahre 1893—1894. Der erste Patient hatte suicidii causa mit dem Gewehr auf das Herz gezielt, der Schuss (Schrotladung) war aber niedriger, zwischen dem 6. und 7. Rippenknorpel nach innen von der Mammillarlinie eingedrungen und hatte das Diaphragma und die vordere Magenwand perforirt. Im Magen fanden sich bei der 3 Stunden nach der Verwundung ausgeführten Laparotomie die Schrotkörner. Die hintere Magenwand war unverletzt. Naht der Magenwunde nach Czerny-Lembert und der Laparotomiewunde, Tamponade des Schusskanals. Der Verlauf war günstig: nach 2 Wochen war die Laparotomiewunde verheilt, nach $2^1/_2$ Monaten hatte sich auch die Schusswunde geschlossen. Die 2 folgenden Fälle (Ehepaar) wurden circa 13 Stunden nach erfolgter Verletzung (Revolverschuss) mit peritonitischen Erscheinungen eingeliefert. Die Frau, deren Zustand besser war, starb 12 Stunden nach der Laparotomie, bei der 4 Schussöffnungen der vorderen Magenwand und eine Verletzung des linken Leberlappens gefunden worden; der Mann, der nicht operirt war, starb um dieselbe Zeit gleichfalls an Perforationsperitonitis. Bei ihm war die Kugel durch den 6. linken Intercostalraum, das Diaphragma, die vordere Magenwand, durch die Milz und die 11. Rippe gedrungen und unter der Haut links von der Wirbelsäule stecken geblieben. Im vierten Fall handelte es sich um ein junges Mädchen, die 3 Stunden nach der Verletzung (Revolver) laparotomirt wurde. Die Kugel war links von der linea alba durch den linken Leberlappen und die beiden Wände des leeren Magens gedrungen und nicht aufzufinden. Naht nach Czerny-Lembert. Prima intentio. Der fünfte Patient hatte sich mit dem Revolver eine Schussverletzung im 5. linken Intercostalraum 1 Fingerbreit links von der Mammillarlinie beigebracht. Die Laparotomie (5 Stunden später) ergab etwas blutig serose Flüssigkeit in der Bauchhöhle und Injection des Bauchfells, ohne Verletzung innerer Organe. Die Kugel hatte das Diaphragma perforirt, war aber nicht zu finden. Patient hatte die ersten 2 Wochen septische Erscheinungen und Hämoptoe (Lungenverletzung?) genas aber nach 1 Monat vollkommen. Im sechsten Fall waren linke Lunge, Magen und Milz durchschossen (Revolverkugel). Die Einschussöffnung befand sich im 7. linken Intercostalraum, median von der Mammillarlinie. Laparotomie nach 3 Stunden. Die Kugel lag unter der Haut am unteren Schulterblattwinkel. Tod nach 24 Stunden in Folge Peritonitis. Der letzte Fall betraf eine junge Frau, die sich mit einem Revolver eine Schussverletzung im 7. linken Intercostalraum in der Mammillarlinie beigebracht hatte und

12 Stunden später laparotomirt wurde, wobei keinerlei Verletzungen innerer Organe oder Erguss in die Bauchhöhle constatirt werden konnte. Die Kugel wurde aus der Haut des Rückens links vom 11. Brustwirbel extrahirt. Genesung. Von 7 genasen also 4 Patienten, darunter von 5 mit Verletzung innerer Organe 2. Zum Schluss räth Autor dringend in dergleichen Fällen zur möglichst frühzeitigen Laparotomie.

A. Woinowitsch: «Die Bedeutung des Rommelaere-schen Gesetzes bei der Diagnose maligner Abdominaltumoren (Nr. 29—32)».

Im Jahre 1883 wurde von W. Rommelaere das Gesetz aufgestellt, dass die verminderte Stickstoffausscheidung im Harn ein Zeichen für die Malignität eines Abdominaltumors sei und dass, wenn die Menge des (während 24 Stunden) ausgeschiedenen Harnstoffs regelmässig über 12,0 beträgt, man beinahe sicher ein Carcinom ausschliessen könne. W. untersuchte nun daraufhin 15 Fälle: darunter 6 mit Pyloruscarcinom, 3 Pyloruscarcinome mit Lebermetastasen, 3 Oesophaguscarcinome und 1 Lebercarcinom, ausserdem noch 2 Fälle von ulcus ventriculi. Bei 11 Carcinomatösen war die Menge des täglich ausgeschiedenen Harnstoffs unter 12,0, bei 2 (Carcinome pylori) über 12,0 (im Mittel 14,2 und 15,1) also nicht übereinstimmend mit dem R. Gesetz. Bei ulcus ventriculi betrug die mittlere Harnstoffmenge in einem Fall 18,9, im anderen 21,3. Das R. Gesetz ist aber bei der Diagnose von Tumoren nicht ohne Werth, namentlich, bei der Differentialdiagnose zwischen Magenkrebs und ulcus nimmt es nach der Salzsäurereaction die zweite Stelle ein.

G. Epifanow: «Ueber die Wirkung subcutaner Injectionen von Spermin (Poehl) auf die morphologische Zusammensetzung des Blutes bei Kranken und Gesunden». (№ 30.)

E. injicirte je 1 Ccm. einer 2procentigen Sperminlösung, nachdem das dem Ohrläppchen entnommene Blut auf seinen Gehalt an Blutkörperchen und Hämoglobin geprüft worden war. Bei 5 Gesunden wurden nach der Injection keine Veränderungen in der Zahl der rothen Blutkörperchen und im Hämoglobingehalt gefunden, die weissen Blutkörperchen nahmen zuerst etwas ab, nach 3—4 Stunden stieg die Zahl derselben über die Norm. Auch bei Kranken (Typhösen und Pneumonikern) blieben rothe Blutkörperchen und Hämoglobin unverändert. Im Stadium des Temperaturabfalls bei Abdominaltyphus wurden ebenfalls zuerst Hypoleukocytose, dann Leukocytose beobachtet. Vor der Krisis bei croupöser Pneumonie trat nach Sperumininjection Hypoleukocytose ohne nachfolgende Leukocytose ein. Wenn die Injection früher gemacht wurde, während der vollen Entwickelung der die Pneumonie begleitenden Leukocytose, trat nicht nur keine Abnahme, sondern sogar Zunahme der Leukocytose auf.

M. Schiperowitsch: «Zur Pathogenese und Klinik der spontanen Herzruptur». (№ 31, 32).

Mittheilung von 4 Fällen aus dem Obuchowhospital. 3 davon beobachtete Dr. Anissimow: der erste betraf einen 54jährigen Patienten, welcher 3 Tage vor seiner Aufnahme an Influenza erkrankt war und am dritten Tage seines Hospitalaufenthalts plötzlich starb. Die Section ergab neben catarrhalischer Pneumonie und Tracheobronchitis eine ½ cm lange Ruptur der vorderen Wand des linken Ventrikels und myocarditische Veränderungen. Im zweiten, ähnlich verlaufenden, Fall handelte es sich um einen 80jährigen Patienten, der gleichfalls mit Influenza aufgenommen worden war. Der 1 cm lange Riss verlief quer durch die Wand des linken Ventrikels. Ausserdem war Magencarcinom vorhanden. Im dritten Fall (55jährige Patientin) wurde wegen plötzlich eingetretenen Todes die gerichtliche Section ausgeführt und dabei eine ¼ cm lange Ruptur der vorderen Wand des linken Ventrikels, Myocarditis und Atheromatose constatirt.

Den vierten, selbstbeobachteten Fall beschreibt S. ausführlicher. Der 36jährige Patient war eine Woche vor der Aufnahme mit Influenzasymptomen erkrankt. Das Herz erwies sich dilatirt, der erste Ton an der Spitze unrein, der Puls klein und arythmisch, 62 in der Minute; in den Lungen waren catarrhalisch pneumonische Heerde nachweisbar, im Urin Eiweiss, rothe Blutkörperchen und Nierenepithelien; die Temperatur betrug 36,5°. Leichtes Oedem des Gesichts und der Beine, geringer Ascites. Patient klagte über Schmerzen in der Herzgegend und Opressionsgefühl. Am vierten Tage trat unerwartet, während Patient auf dem Bett sass und sprach, der Exitus ein. Bei der Section wurden in der vorderen Wand des linken Ventrikels, neben dem Septum 2 Langsrisse mit gezackten Rändern von 2 resp. 1 cm Länge gefunfunden, die mit frischen Blutcoagula verstopft waren. Im Herzbeutel befand sich eine Menge flüssigen Blutes mit Gerinnseln. Die Herzmuskulatur war welk, fettig degenerirt, beide Coronararterien sklerotisch verändert und thrombosirt. Allgemeine Arteriosklerose. Acute catarrhalische Pneumonie und chronische Nephritis. Patient war mässiger Alkoholiker gewesen und hatte acuten Gelenkrheumatismus durchgemacht. Den eigentlichen Anstoss zur Herzruptur hatte nach des Verf. Meinung die Influenza gegeben, die ganz besonders leicht eine Erkrankung des Herzmuskels bedingen kann. Zum Schluss glaubt Verf., dass vielleicht in der Zukunft die Chirurgie (? Ref.) in den frühzeitig diagnosticirten Fällen von Myomalacie des Herzens bei beginnender Ruptur den letalen Ausgang werde verhindern können. Besonders charakteristisch für eine zu befürchtende Herzruptur seien Schmerzen in der Herzgegend, Angstgefühl, Asystolie und Arythmie des Herzens, Uebelkeit, Schwindel, Ohnmacht, Bradycardie.

N. Ippa: «Neoplasma pankreatis». (№ 32.)

Diese verhältnissmässig seltene und schwer diagnosticirbare Erkrankung betraf einen 38jährigen Alkoholiker, der wegen anfallsweise auftretender Schmerzen in der Lebergegend, Icterus, Schwellung der Leber und Tumor in der Gallenblasengegend in's Obuchowhospital aufgenommen wurde. Die Symptome der Gallensteinkolik wurden so evident, dass zur Operation geschritten wurde, bei der sich eine mit heller Flüssigkeit gefüllte Cyste präsentirte. Nach Entleerung des Inhalts und Verheilung der Wunde nahmen die früheren Symptome in dem Maasse zu, dass 1½ Monate später eine neue Operation nöthig wurde, durch die eine Menge grünlichen, geruchlosen Inhalts aus der Cyste entfernt werden konnte. Es verblieb eine Galle secernirende Fistel und unter zunehmender Kachexie starb Patient bald darauf. Bei der Section fand man unter der Leber, entsprechend der Lage des Pankreaskopfes eine cystöse, faustgrosse, leere Höhle. Der Körper und Schwanz des Pankreas waren atrophirt, der ductus Virsungianus erweitert, dicht vor der Cyste verengt und von einem kleinen Stein verlegt. Die Wände der Pankreascyste waren carcinomatös entartet. Die Gallenblase war erweitert, enthielt dunkle Galle, der ductus choledochus gleichfalls weit, überall durchgängig.

S. Rechtsamer: «Ueber die Anwendbarkeit grosser Gaben Digitalis bei croupöser Pneumonie». (№ 33—36).

R. kommt auf Grund seiner an 25 Pneumonikern (7 Todesfälle) gemachten Erfahrungen zu folgenden Schlüssen:

Grosse Digitalisgaben (von 4,0—16,0 in 2—3 Tagen) erwiesen sich nicht schädlich und der letale Ausgang stand in keinem Zusammenhang mit dem Mittel. Es wurden sogar in tötlich verlautenden Fällen keine Digitaliswirkungen beobachtet. Dagegen bewährte sich die, zuerst von Petresco hervorgehobene Heilwirkung nicht; nur in einigen Fällen konnte man der Digitalis eine günstige Wirkung auf den Verlauf der Pneumonie zuschreiben. Bei jungen Individuen könnte man auch ohne Digitalis auskommen, da letztere die Reconvalescenz zu verzögern scheint. Bei Greisen und Alkoholikern hingegen müsste man die Digitalis als ultima ratio in grossen Gaben anwenden. Im übrigen waren weitere Beobachtungen wünschenswerth.

M. Goldenblum: «Zur Casuistik der multiplen Stricturen des Dünndarms». (№ 33, 34).

Der 54jährige kräftige Patient litt seit 15 Jahren an hartnäckiger Obstipation und erkrankte unerwartet in der Nacht an heftigen Leibschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen. Der letzte Stuhl war vor 2 Tagen erfolgt. G. constatirte am Morgen darauf Tympanites, besonders des Epigastrium, schwache Herzthätigkeit, Singultus, Anurie. Gegen Nachmittag nahmen die peritonitischen Erscheinungen zu. Weder Stuhl, noch Winde gingen ab. Bei der noch am Abend wegen zunehmenden Collapses ausgeführten Laparotomie (Dr. Zeidler) fand sich eine Menge fäculenten Eiters in der Bauchhöhle und diffuse Peritonitis. Eine Darmperforation war nicht nachweisbar. Ausgiebige Tamponade der Bauchhöhle. Tod nach 3 Stunden. Die Section ergab neben beginnender fettiger Degeneration des Herzens und diffuser eitriger Peritonitis eine starke, narbige, ringförmige Verengerung des Jejunum (120 cm vom Pylorus entfernt). Oberhalb derselben war der Darm stark ausgedehnt und am Rande der Narbe lag ein tiefes, scharfrandiges perforirtes Geschwür. Die Serosa war verdickt. Aehnliche ringförmige, narbige Verengerungen theilweise mit Geschwürsbildung fanden sich noch an 9 Stellen des Jejunum. Ileum und Dickdarm boten das Bild des chronischen Katarrhs. Da tuberkulöse, syphilitische, dysenterische, typhöse etc. Veränderungen ausgeschlossen werden konnten, hält G., auch auf Grund mikroskopischer Untersuchung, sie für katarrhalischen Ursprungs. Die Geschwüre waren als Decubitusgeschwüre zu deuten.

W. Posashny: «Zur cutanen Anwendung des Guajacol bei Abdominaltyphus». (№ 35).

P. stellte seine Versuche bei 13 Patienten des Obuchowhospitals an. Sie standen im Alter von 14—26 Jahren. Be-

pinselt wurde eine Fläche von 10—20 Ccm mit 8—80 Tropfen. Ausser den bekannten Erscheinungen fielen P. noch besonders der starke Schweissausbruch und das Schwächegefühl der Patienten auf, so dass dieselben nur ungern eine Wiederholung der Pinselung zugaben. Die Temperaturerhöhung erfolgte unter Schüttelfrost nach 2½—4 Stunden. Schwacher Collaps wurde in einem Fall beobachtet. In Bezug auf die Wirkungsweise des Guajacol schliesst er sich Da Costa an.

W. Posashny: «Ein Fall von Neuritis multiplex». (№ 36).

2 Tage vor seiner Aufnahme in das Obuchowhospital war der 19jährige Patient an Schüttelfrost, Fieber, Gliederschmerzen erkrankt. Der hier aufgenommene Status ergab normale Temperatur, normale innere Organe, starke Schmerzhaftigkeit der Rückenmuskulatur, Unterschenkel und Fussgelenke. Fehlen des Patellarreflexes, Parästhesieen der Haut, der Hände und Füsse, Abschwächung der Hautreflexe ebenda, Schmerzhaftigkeit der Nn. tibiales und der Muskeln des Vorderarms und der Wade. Nach einer Woche begann eine über 16 Tage sich erstreckende Temperaturerhöhung typhösen Charakters. Dabei traten auch typhusähnliche Symptome auf, ohne dass im Milzblut Typhusbacillen nachweisbar waren. Die Schmerzen exacerbirten besonders des Nachts. In der darauf folgenden fieberlosen Periode konnten Parese der Extensoren der Hände und Füsse und Entartungsreaction der Fuss- und Unterschenkelmuskulatur constatirt werden. Die Schmerzen nahmen allmählich ab und nach einigen Monaten verliess Patient das Hospital mit Atrophie obengenannter Muskelgruppen. Alkoholmissbrauch, Lues, Malaria, Intoxicationen konnten in der Anamnese ausgeschlossen werden, daher glaubt P. der vorhergehenden Influenza (?) ein aetiologisches Moment zuschreiben zu müssen. Die Behandlung bestand in Darreichung von Natrium salicyl., Phenacetin, Liquor ferri sesquichlorati und heissen Wannen.

Weyert.

Westnik Oftalmologii. (Juli — October 1895).

P. Prokopenko: «Zur Kasuistik der Neubildungen auf dem Sehnervenkopfe (nebst Skizze)».

Junger Bauer von 18 a. n. dessen allgemeiner Entwickelungszustand aber nur auf 11—12 Jahre schliessen lässt. Oedem der Beine: Tibiae verdickt und auf Druck empfindlich. Gesichtsoedem, und colossale Vergrösserung des Leibes durch Ascites. Herz stark vergrössert. Herztöne an der Herzspitze und über der Aorta metallisch; der zweite Ton accentuirt. Lungen frei. Linke Carotis com. und art. subclavia pulsiren stärker als rechts. Hautvenen der linken Brustseite stark gefüllt. Temperatur 37,4. Puls 90. Athmung 25. Seit 8 Jahren krank, angeblich nach einem Trunk aus einer Regenpfütze. Harn enthält bis 4,90 ‰ Eiweiss; Hyaline und granulirte Cylinder. Leichter Strabismus div. rechts. Visus rechts = 10/100, links = 15/20. Augenspiegelbefund links normal, rechts Gefässe stark geändert und anaemisch. Die Gegend der macula lutea marmorirt durch grau-weissliche und schwärzliche Fleckchen. An der Stelle des Sehnerveneintrittes eine eigenthümlich gestaltete Neubildung, welche bis etwa zur Mitte des Glaskörpers vorragt. Der vorragende vorderste Theil der Geschwulst ist rundlich und breit und von blau-weisser Farbe. Fünf verschiedene dicke Stränge gehen von ihm ab gegen die Peripherie der Netzhaut, lösen sich in feine durchsichtige Fäden auf und verlieren sich im Glaskörper. Der tiefere Theil der Geschwulst — der Fuss derselben, ist kleiner, ebenfalls rundlich und von grau-weisslicher Farbe. Das Ganze wächst «baumförmig» aus der Papille des Sehnerven hervor. Der vordere, grössere Theil der Geschwulst ist gefässlos. Gesichtsfeld nicht eingeschränkt. Tensio bulbi etwas unter normal. Seit anderthalb Jahren hatte Patient Abnahme der Sehkraft bemerkt. Zu keiner Zeit Entzündung und Schmerzen am Auge. Bewegungen normal. Verf. vermuthete ein Sarcom oder Myxosarcoma und schlug Enucleation vor. Patient verweigerte dieselbe.

J. Günzburg: «Kasuistik. 1) Ein Fall von Thrombosis sinus cavernosi».

Am 20. Dec. 1894 wurde das 9½-jährige Mädchen von scrophulösem Habitus mit einem stark geschwollenen oberen Lide des rechten Auges vorgestellt. Vor einigen Tagen hatte man dem Kinde ein Hordeolum ausgequetscht. Es fand sich ein Lidabscess, der sogleich gespalten wurde, wobei necrotisirtes Gewebe aus dem Lide entfernt werden musste. Am 24. December Protrusio bulbi dextri. Temperatur 40,1. Puls 80, Kopfschmerzen. Delirien. 25. December Protrusio b. sinistri. Lidoedeme. Rechts regio mastoidea oedematos. Bewusstlosigkeit. Unter Schwankungen, d. h. Abnahme der Schwellungen und des Exophthalmus sowie Wiederkehr des Bewusstseins, zog sich der Zustand bis zum 6. Februar 1895, an welchem Tage das Kind unter allgemeiner Erschöpfung starb. Anderweitige chirurgische Eingriffe wurden nicht vorgenommen.

2) «Ein Fall von Arteriae hyaloideae persistentis».

R. Katz: «Ueber Arbeitsbrillen».

Handelt von der Correctur der Presbyopie und bringt eine dem Alter entsprechende Correcturscala, welche natürlich von Donders und Landolt abweicht, dem praktischen Arzte aber nichts Neues bietet und zu subjectiv ist.

R. Katz: «Ein Fall von recidivirender Neuritis optica».

R. Katz: «Ein Fall von Wiederkehr des Sehvermögens nach zweiwöchentlicher absoluter Blindheit».

Es handelte sich um eine beiderseitige acute Stauungsneuritis zweifelhaften Ursprungs. Eine Schmierkur brachte die Stauung zurück und Patient, der zwei Wochen lang nicht einmal Lichtschein besass, konnte nach anderthalbwöchentlicher Behandlung wiederum so gut sehen, um ungeführt zu gehen.

D. Daragan: «Bericht über zwei Jahre augenärztlicher Thätigkeit im Dorfe (im Podolischen Gouvernement)».

2278 Kranke. Trachom 390. Thränenableitungswege 115. Linse 238 Fälle. Trachombehandlung: Ausquetschen. Arg. nitr. cuprum. Entropium, und Trichiasis operirte er nach Watson-Junge nebst Schleimhautüberpflanzung. Extractionen 86 stets mit Iridectomie. Wundeiterungen zwei Mal. Iridectomien 60, darunter 17 bei Glaucom.

G—n.

Wojenno-Medcinsky Shurnal. (August — November).

T. Tille. «Prima intentio post amputationem».

Verfasser beschreibt den Fall ausführlich, um zu beweisen, dass die Antiseptik auch bei ärmlicher Umgebung durchführbar ist.

A. Januschewski. «Zur Behandlung der Empyeme».

Verf. führt 14 Krankengeschichten an. Es wurde die Thoracotomie ausgeführt, ohne jedoch die Rippenresection hinzuzufügen. Nach gründlicher Desinfection des Operationsfeldes wurde unter Chloroform oder aber mit Hülfe von 2-procentig. Cocainisirung der Umgebung ein 6 cm. langer Schnitt im 5. oder 6. Intercostalraum in der vorderen Axillarlinie gemacht, die Pleura durchschnitten, die Oeffnung sofort mit der Kornzange erweitert, und ein entsprechender Drain eingeführt. Zeigte sich das Exsudat nur tropfenweise, so infundirte Verf. unter schwachem Druck geringe Mengen warmer Sublimat- (1:5000) oder Borsäurelösung (2 pCt.), um die etwaigen Gerinsel auszuwaschen und das Exsudat zu verdünnen; auf vollständige Entleerung des Exsudats wurde nicht gewartet, sondern ein Verband angelegt; weder mit dem Finger, noch mit Instrumenten wurde die Höhle berührt. Am selben Tage noch Verbandwechsel. Der Verlauf nach der Operation war in drei Fällen ganz ohne Fieber; bei den anderen stieg die Temperatur zuweilen bis auf 38°—39° an, wahrscheinlich als Folge von Stockung des Eiterabflusses, was jedoch Verf. nicht der Operationsmethode zuschreibt, denn auch bei Rippenresection kann in Folge von Verklebungen und brückenförmiger Strangbildung eine Stagnation eintreten. Was die Schliessung der Fistel anlangt, so war der früheste Termin der 55. Tag nach der Operation (1 Fall), in 2 Fällen schloss sich die Fistel zwei Monate nach der Operation, in 4 Fällen — drei Monate, in 3 Fällen — fünf Monate, in 1 Falle — sieben Monate, wobei Verf. bemerkt, dass eine frühzeitig ausgeführte Operation durchaus nicht für die Zeit der Heilung der Fistel maassgebend sei, in Fällen wo die Operation sehr früh ausgeführt wurde, schon am 14.—18. Krankheitstage, bestand die Fistel 5 Monate lang. Mehr maassgebend ist nach Verf. die Qualität des Exsudats, der bacteriologische Charakter desselben. An der Hand seiner Fälle plaidirt Verf. für die Thoracotomie ohne Rippenresection; letztere hält er nur für indicirt bei engen Intercostalräumen und als secundäre Operation, wenn die Höhle in Folge von mangelhafter Entfaltung der Lungen sich nicht schliesst.

Ljubomudrow. «Die Veränderungen der Blutbeschaffenheit bei einigen Krankheiten».

Wir wollen hier in Kurzem die Resultate der vom Verf. an Soldaten des Moskauer Militärlazareths angestellten Beobachtungen wiedergeben: a. Marasmus senilis (untersucht an Veteranen). 1) Verringerung der Zahl der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobingehalts. 2) Vermehrung der weissen Blutkörperchen. 3) Relative und absolute Vermehrung der neutrophilen und mononucleären; Lymphocythen relativ verringert, absolut etwas vermehrt. b. Tuberculosis. 1. Die Zahl der rothen Blutkörperchen etwas verringert (im Durchschnitt auf 12 pCt.). 2) Haemoglobingehalt verringert mehr als um 1/4 der Norm. 3) Weisse Blutkörper auf das 1½-fache vermehrt. 4) Besonders vermehrt sind die neutrophilen; Lymphocythen stark verringert; absolute und relative Vermehrung der mononucleären. 5) Eosinophile Zellen mehr, als beim Gesunden. 6) Alle diese Veränderungen progressiren mit dem Fortschreiten der Krankheit. c. Scorbutus. 1) Zahl der rothen Blutkörperchen, Haemoglobingehalt verringert. 2. Weisse Blutkörperchen ebenfalls weniger, als normal. 3) Bei Fieberbewegungen starke Verringerung der Leucocythen. 4) In leichten Fällen von Scorbut und in den frühen Stadien ist die Zahl der einkernigen weissen Blutkörperchen vermehrt; in schweren Fällen und in den späteren Stadien nehmen die mehrkernigen Zellen an Zahl zu. d. Pleuritis. Bei serösen Formen ist der Blutbefund nicht pathologisch. Bei haemorrhagischer Pleuritis — Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobingehalts. Das Vorhandensein von eosinophilen Zellen im Blute spricht für die haemorrhagische Beschaffenheit des Exsudats (in 8 Fällen von seröser Pleuritis waren keine eosinophile nachzuweisen, von 8 Fällen haemorrhagischer Pleuritis waren in 6 Fällen eosinophile in beträchtlicher Menge. Eine Leucocythose, das Vorherrschen der mehrkernigen Leucocythen, weist auf eine schlechte Prognose hin; Verminderung der weissen Blutkörperchen und ein Vorherrschen der einkernigen Leucocythen sprechen für eine verhältnissmässig leichte Erkrankung. e. Infectionskrankheiten: 1) Bei croupöser Pneumonie — starke Vermehrung der neutrophilen, in schweren Fallen, keine Leucocythose, dagegen eosinophile. 2) Bei febris intermittens: Bei Beginn der Attaque starke Verringerung der Zahl der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobingehalts, weisse Blutkörper auf das 1½-fache vermehrt, neutrophile vermehrt auf 1/4, Lymphocythen verringert, Mononucleäre vermehrt mehr, als auf 1/3; eosinophile vorhanden; vor dem Ende der Attaque vermehren sich die rothen Blutkörper der Haemoglobingehalt steigt, dagegen fällt die Zahl der weissen stark ab (6 Mal weniger, als unter normalen Verhältnissen). Zu Beginn der Transpiration erreicht die Zahl der rothen Blutkörper fast die Norm, Haemoglobin jedoch noch immer weniger, als normal, weisse Blutk. 2 Mal mehr, als normal. Starke Vermehrung der neutrophilen, einkernige, sowohl absolut, als auch relativ, verringert; während der Transpiration erreicht die Zahl der rothen Blutk. einen höheren Werth, als normal, Haemoglobingehalt steigt zur Norm, Leucocythen 3½ Mal mehr, als normal; mehrkernige Zellen noch immer vermehrt, einkernige nur relativ vermindert. 3. Scharlach: Starke Vermehrung der neutrophilen Zellen, Verminderung der anderen Formen weisser Blutk.; rothe Blutkörperchen und Leucocythen vermehrt, Haemoglobingehalt vermindert. Keine eosinophile Zellen. 4. Erysipel: Zahl der rothen Blutk. normal, Haemoglobingehalt vermindert, Zahl der weissen Blutkörperchen bedeutend vermehrt. Verschiedene Erkrankungen: Hautkrankheiten (pityriasis rubra pilaris, herpes tonsurans, impetigo cruris, acne rosacea, ulcera eczematosa cruris): Die Zahl der rothen Blutkörperchen und des Haemoglobingehalts schwankt im Bereich der Norm; verändert ist das Verhältniss der verschiedenen Leucocythenformen; besonders vermehrt sind die einkernigen weissen Blutkörperchen, sehr wenig eosinophile Zellen. Diabetes insipidus (2 Fälle). Zahl der rothen B. fast normal, der weissen etwas vermindert, ebenso der Haemoglobingehalt etwas geringer, als normal; Verminderung der neutrophilen, Vermehrung der Lymphocythen.

A. Ssimanski: «Ein Fall von doppeltem Masernrecidiv».

Das erste Recidiv trat 5 Tage nach Verblassen des Masernausschlages und nachdem schon Abschuppung eingetreten war, auf. Vom Neuen setzten alle catarrhalischen Erscheinungen ein, auch das Enanthem wurde charakteristisch; als Complication gesellte sich croupöse Pneumonie hinzu. Das zweite Recidiv trat 8 Tage nach dem Abblassen des zweiten Exanthems auf; vom Neuen wurde das Exanthem bemerkbar. Der Ausschlag nahm an vielen Stellen haemorrhagischen Charakter an. Ausgang in Heilung. Am schwersten war der Verlauf im ersten Recidiv, was nicht mit der Ziemssen'schen Ansicht übereinstimmt, dass die Masernrecidive leichter, als die primäre Erkrankung, ablaufen.

K. Samurawkin: «Zur Casuistik der Leberabscesse».

Es handelt sich um einen Fall von Angiocholitis suppurativa, entwickelt auf Boden der Malaria.

S. Wischegorodski: «Ueber die im Ismailow'schen Garderegiment beobachtete Scorbutepidemie im Jahre 1893».

Beobachtung an 98 Kranken. W. giebt einen ausführlichen Bericht über den Verlauf der Erkrankung und schliesst Folgendes: 1) Man soll den Scorbut gleich im Beginn der Entwicklung angreifen, dann ist es viel leichter rasche Heilung zu erzielen. 2) Die geringsten Anzeichen des Scorbuts sind durch ein streng durchgeführtes diätetisches Regime zu bekämpfen: forcirte Ernährung (wichtig sind frische Gemüsesorten); innerlich soll man Kreosot verordnen, 0,2—0,5 pro die. 3) Greift die Krankheit doch um sich, so sind alle Scorbutische in abgesonderte Räume unterzubringen; letztere müssen nach Sistirung der Epidemie gut desinficirt werden, ebenso die Kleider der Kranken. 4) Am besten sind die Scorbutkranke nicht in den Hospitälern zu behandeln, sondern in den betreffenden Regimentsräumen.

N. Dranizyn: «Ein Fall von Laparotomie bei innerer Darmeinklemmung»

bietet nichts Neues.

Palatschenko: «Ein Fall von chronischem Hirnabscess, der zu Lebzeiten des Patienten symptomenlos verlief».

Ein Soldat erkrankte unter heftigen Kopf- und Kreuzschmerzen, Fieber (39°) und Schwächegefühl. Die Symptome deuteten auf eine Influenza hin. Es gesellen sich hinzu Ohrenschmerzen und starke Eiterabsonderung aus dem rechten Ohr. Die Kopfschmerzen, die anfangs ganz diffus waren, liessen sich später auf die rechte Schläfe localisiren. Puls verlangsamt (44). Trepanation des processus mastoideus, soporöser Zustand, Exitus lethalis. Es erwies sich, dass die ganze rechte Schläfenwindung und ein Theil des gyrus occipitalis erweicht waren; im Centrum der Schläfenwindung eine mit Eiter gefüllte Höhle. Der Eiter hatte sich einen Weg zur Oberfläche gebahnt und kam an der Anheftungsstelle der dura mater an die pars petrosa des Schläfenbeins zum Vorschein, von dort in's innere Ohr.

A. Kudrjunzkow: «Ein Fall von Malariapneumonie nebst einigen Beobachtungen über larvirte Malariaformen».

Unter dem Namen «Pneumo-paladismus» beschrieb vor Kurzem Brun eine besondere Form der Pneumonie, die viele Aehnlichkeit mit der Tuberculose der Lungenspitzen zeigt, jedoch auf Grund der Malaria entsteht und der Chinin und Arsentherapie weicht. Verf. beschreibt einen solchen Fall: 22-jähriger Soldat von schlechter Ernährung. Temperatur 38,4. Heiserkeit und Husten. Untersuchung der Lungen: in der regio suprascapularis, sowohl rechts, wie links Dämpfung und bronchiales Exspirium, Inspirium unbestimmt. Sputum enthält keine Tuberkelbacillen. Milz vergrössert, bei Palpation schmerzhaft. Diese Symptome schwanden auf Chinin und Arsenik sehr rasch. Als interessanten Fall beschreibt Verf. ferner eine Febris intermittens cardialgica; starke cardialgische Schmerzen mit Erbrechen traten ganz periodisch auf, zu bestimmten Tageszeiten und wurden mit Chinin bekämpft.

A. Schtakmann: «Ueber hygroskopische Watte».

Verf. hat eine Reihe von Analysen ausgeführt, und auf Grund dieser stellt er folgende Ansprüche an einer guten Watte: 1) sie muss ganz weiss sein; 2) in's Wasser geworfen, muss sie sofort zu Boden sinken; 3) darf nicht mehr, als 8 pCt. Wasser enthalten; 4) die Fett- und Theersubstanzen müssen vollständig fehlen oder wenigstens in sehr geringen Mengen vorhanden sein; 5) die Aschequantität muss genau angegeben sein; 6) Holzgummi darf nicht vorhanden sein.

A. Golowkow: «Zur Frage von der Lebensfähigkeit des Klebs-Löffler'schen Bacillus auf verschiedenen Geweben».

Während Ledoux-Ledard den Einfluss des diffusen Lichts, der Sonnenstrahlen und der Dunkelheit auf die Lebensfähigkeit der Löffler'schen Bacillen bestimmt hat, Roux und Jersin den Einfluss des Eintrocknens der Feuchtigkeit, der Temperatur auf das Wachsthum der Bacillen auf den diphtheritischen Membranen und auf Culturen untersucht haben, stellte sich Verf. zur Aufgabe zu bestimmen, wie sich die Bacillen verhalten, wenn sie auf Kleider kommen, auf Dielen, auf Wäsche etc.; besonders auf die Kleider des Militärarztes. Die Methoden der Untersuchungen sind im Original nachzulesen. Von den Resultaten wollen wir hier Folgendes erwähnen: Auf Leinwand sterben die Bacillen bei Abschluss von Licht und Austrocknen in 16—21 Tagen ab, auf grünem Kastor (verhältnissmässig dünnes Tuch) in 13 Tagen, auf grauem Drap behalten sie ihre Lebensfähigkeit länger, als 26 Tage. Bei diffusem Licht leben die Bacillen auf Leinwand bis 20 Tagen, auf grünem Kastor und grünem Drap mehr, als 20 Tage.

A. Trapesnikow: «Ueber die Anwendung des Thioforms».

Das Thioform stellt bekanntlich ein Wismuthsalz der Dithiosalicylsäure dar, enthält somit in zweckmässiger Verbindung Wismuth, Schwefel und Salicylsäure. Verfasser hat das Mittel bei Augen- und Ohrenaffectionen angewandt, und zwar rein, — in Pulverform. Er fand, dass das Mittel eine anästhesirende Wirkung auf die Hornhaut ausübt, doch ist diese Anästhesie keine vollständige, ferner wirkt es sehr günstig auf ulceröse Processe; es hat sich daher das Thiol in allen Fällen von Lichtscheu bei Keratitis bewährt. Es kann ferner mit sehr gutem Effect bei phlyctänulären Processen angewandt werden, namentlich wenn die gleichzeitige innerliche Verwendung von Jodpräparaten die Anwendung des Calomels verbietet. Die desinficirende Kraft des Thiols ist nicht stark. Bei Erkrankungen des Mittelohres ist das Thiol nicht von grossem Nutzen, es hat sich weder bei der acuten, noch bei der chronischen Mittelohreiterung bewährt.

W. Klopotowitsch. Ueber die Wirkung des Apocynum cannabinum bei Erkrankung des Herzens.

Verf. hat das Extractum fluidum Apocyni cannabini bei verschiedenen Herzkrankheiten angewandt. Er fand, dass es für den Herzmuskel ein gutes, tonisirendes Mittel darstellt. Unter dem Einflusse des Extracts (10—15 Tropfen), wird der Puls langsamer und voller, dabei wirkt das Mittel stark diuretisch. Nebenerscheinungen treten bei Anwendung desselben nicht auf. Da die Wirkung des Apocynum sehr rasch eintritt, so kann es ganz gut als Ersatzmittel der Digitalis Verwendung finden.

Mosolewski. «Zum Gebrauch des Dermatols».

Seit 2 Jahren gebraucht Verf. im Militärlazareth ausschliesslich Dermatol bei antiseptischen Verbänden von Geschwüren und Wunden und hat nie irgend welche Nebenerscheinungen beobachtet, weder allgemeine Vergiftungssymptome, noch Reizung der Wunde. Die Heilung ging ganz analog der bei Jodoformgebrauch beobachteten vor sich, dabei hat das Dermatol den Vorzug, dass es nicht giftig und geruchlos ist. Sehr raschen Effect bewirkt das Mittel beim weichen Schanker und bei Urethritis (Injection einer Emulsion von 1,0—1.5 : 180,0); auch innerlich bei Dysenterie und Gastro-enteritis hat M. Dermatol mit gutem Erfolg angewandt. Schliesslich bewährte sich das Mittel auch bei trachomatösen Processen, namentlich in Fällen, wo die Erkrankung exacerbirte, und wo man gewöhnlich Aetzung mit Argentum nitricum vornimmt.

Alexejewski und Borissowski. «Zur Frage von der harntreibenden Wirkung des Methylenblau».

Die Beobachtungen des Verf. ergaben, dass die tägliche Harnquantität bei Verabreichung von 3—4 Gran (0,18—0,24) Methylenblau nur sehr geringe Steigerung erfährt, dabei verringert sich die Perspiration. Nebenerscheinungen, die nach Anwendung dieses Mittels auftreten, wie z. B. starkes Erbrechen können eine Contraindication abgeben.

A. Schpanbock: «Zur Frage von der Behandlung perforirender Bauchwunden mit Netzvorfall».

Auf Grund seiner Erfahrungen spricht sich Verf. dahin aus, dass in frischen Fällen das vorgefallene Netzstück nach gründlicher Desinfection zu reponiren und die Bauchwunde durch Nähte zu schliessen sei. Ist das Netz stark eingeklemmt und beginnt es zu gangraenesciren, so müsse man den vorgefallenen Theil reseciren, den Stumpf entweder in die Bauchhöhle reponiren, oder aber in den Wundrand einnähen, wenn die Wunde im oberen Theil der Bauchwand sich befindet; befindet sie sich dagegen in der Nabelgegend, oder in der regio lumbalis, so thue man besser, den Stumpf in die Bauchhöhle zu versenken.

W. Lukomski. «Ein Fall von eitriger Pleuritis, behandelt und geheilt nach der Methode von Lewaschow».

Bekanntlich besteht diese Methode darin, dass nach Punction und Entleerung des Exsudats, eine physiologische Kochsalzlösung infundirt wird.

Powarkin. «Die Gonokokken bei Gonorrhoe».

An einem grossen Material des Warschauer Militärlazareths hat Verf. eine Reihe von Beobachtungen angestellt. Wir wollen hier nur seine Schlussfolgerungen anführen: 1. Die Fälle ohne Gonokokken verlaufen durchschnittlich rascher, als die mit denselben. 2. Eiterzellen sind in den Fällen von Tripper ohne Gonokokken viel weniger zu finden, als in denjenigen, wo Gonokokken vorhanden sind. In 18,82 pCt. der Fälle ohne Neisser'sche Kokken fanden sich gar keine Eiterzellen; sind doch dieselben vorhanden, so verschwinden sie viel rascher, als in Fällen, wo Gonokokken nachweisbar sind. 3. Die Menge des Plattenepithels ist ebenfalls gering bei Gonorrhoe ohne Kokken; in Fällen, wo letztere vorhanden waren, wurde völliges Fehlen von Plattenepithelien in 12,08 pCt. beobachtet, in Fällen ohne Gonokokken fehlten die Epithelien in 27,05 pCt. 4. Cylinderepithelien waren in 43,53 pCt. der Fälle mit Gonokokken vorhanden und in 18,82 pCt. der Fälle ohne Gonokokken. 5. Andere Mikroben wurden in beiden Arten von Gonorrhoe fast in gleicher Menge beobachtet.

Abelmann.

Medicinskoje Obosrenje Nr. 17, 18 u. 19.

J. Jurassowski: «Ein Fall von Blasenmole». (Nr. 17).

Ausführlicher Krankenbericht. Der Beginn der Blutung und des anormal raschen Wachsthums des Uterus stand in Zusammenhang mit einem Trauma. Endometritis war vor der Schwangerschaft nicht vorhanden. Interessant ist ferner noch, dass in den letzten 3 Wochen Fieber auftrat, das bald nach der Entfernung der Mole verschwand. Genügende Erklärung für diese Temperatursteigerung konnte nicht gefunden werden.

W. Mlodsejewski: «2 Fälle von Adisson'scher Krankheit». (Nr. 17).

In einem Falle kam es zur Section; dieselbe erwies tuberculöse Affection der Nebennieren und stark ausgesprochene degenerative Veränderungen in den anliegenden Ganglien.

Th. Hase: «93 Fälle von Diphtherie behandelt mit Serum». (Nr. 17).

Es wurde angewandt das Serum von Behring, Roux, Aronson und das im Institut für Experimentalmedicin zu Petersburg angefertigte Serum. Die Injectionen wurden mehrmals wiederholt, falls der Zustand der Kranken es erforderte; daneben wurde die übliche Behandlung nicht vernachlässigt: innerlich Oleum Martis oder Natr. benzoicum, zum Gurgeln Borsäure oder Kali chloricum. Die Kinder traten gewöhnlich am 3.—7. Krankheitstage in's Hospital (Elisabethhospital) ein; bei allen 93 Kranken wurde die Diagnose auch auf Grund des bacteriologischen Befundes erhärtet. Folgende Tabelle giebt den Ausgang der Krankheit nach dem verschiedenen Alter an:

Alter der Kranken.	Aufgenommen.		Genesen.		Gestorben.	
	Knab.	Mädch.	Knab.	Mäd.	Knab.	Mäd.
Bis zu 1 Jahre . .	0	4	0	2	0	2
von 1—2 Jahren . .	9	9	6	6	3	3
» 2—4 » . .	14	21	9	11	5	10
» 4—6 » . .	12	14	8	11	4	3
Aelter als 6 Jahre .	3	7	2	7	1	0
	93		62		31	

	pCt. Mort.
Bis zu 1 Jahre.	50
von 1—2 Jahren	33,3
» 2—4 »	42,8
» 4—6 »	26,9
Aelter als 6 Jahre	10,0
	33,3 pCt.

Von 4 Kranken, die jünger als 1 Jahr waren, zeigten 2 die schwere Form der Diphtherie und blieben im Hospital weniger als 24 Stunden, 2 andere waren mit der leichten Form behaftet und genasen, der Eine am 10., der Andere am 6. Tage des Hospitalaufenthalts. Am grössten war die Mortalität im Alter von 2—4 Jahren, am geringsten im Alter von über 6 Jahren. Die Mortalität betrug im Ganzen 33,3 pCt. (vor der Serumeinführung war die Mortalität — 49,9 pCt.). 36 Fälle gehörten zu den leichten Fällen der Diphtherie: es genasen 33 und starben 3; von diesen starb Einer an Herzparalyse, der Zweite an Meningitis, der Dritte an schwerem Scharlach mit purulenter Arthritis und Phlegmone des Halses. 23 Fälle gehörten zu den mässig schweren, es starben 2 und genasen 21 (9,52 pCt.) Die Localisation des Leidens war eine folgende:

Diphtheritis faucium — 47 Fälle, von denen genasen 41, starben 6.

Diphtheritis faucium et laryngis — 38 Fälle, von denen starben 18, und genasen 20.

Diphtheritis faucium et nasi. 6 Fälle, alle starben.

Diphtheritis faucium, lar et nasi sept. 1 Fall mit Ausgang in Genesung.

Diphtheritis faucium, nasi, umbilici et labii infer., 1 Fall — lethaler Ausgang. Bei Kehlkopfdiphtherie (38 Fälle) wurde 9 mal die Tracheotomie ausgeführt; von diesen Fällen genasen

3 und starben 6. (1 am 2. Tage nach der Operation, 2 am 3. Tage nach der Operation, 1 am 6. Tage, 1 am 15. Tage, 1 am 21. Tage, letzterer in Folge stark gewucherter Granulationen in der Trachea). Eine kleine Tabelle (siehe Original) giebt den Verlauf der Krankheit an nach der Zeit des Eintritt's ins Hospital: am besten waren die Resultate in Fällen, wo die Aufnahme am 1. Krankheitstage geschah. Albuminurie wurde in 47 Fällen beobachtet, jedenfalls nicht häufiger, als in der Periode vor der Serumtherapie. Bei 6 Kranken gesellte sich nach den Injectionen Scharlach hinzu, welcher in 4 Fällen, den lethalen Ausgang verschuldete, Erythema scarlatiniforme wurde 6 mal beobachtet; der Ausschlag verbreitete sich auf den ganzen Rumpf und auf die Extremitäten, unterscheidete sich durch das Fehlen der Rachensymptome und der charakteristischen Temperatursteigerung von dem wirklichen Scharlachausschlag. In 3 Fällen trat ein locales Erythem an der Injectionsstelle ein und bestand 3--4 Tage. Auf Grund seiner Erfahrungen spricht sich Verf. folgendermaassen aus: als Specificum kann das Serum nicht gelten: in leichten und mittelschweren Fällen bewirkt es ein rascheres Verschwinden der Membranen, verkürzt somit die Krankheitsdauer; in schweren und septischen Fällen dagegen sind die Resultate der Serumbehandlung ungenügend. Von 7 Fällen septischer Diphtherie genas ein einziger. Befriedigender ist die Wirkung des Serums bei Affection des Larynx. Von 38 Fällen genasen 20. Vor der Anwendung des Serums starben die Kinder meist nach der Tracheotomie am 2. und 3. Tage. — Auf das Allgemeinbefinden wirkt das Serum entschieden günstig ein. Wenn es also auch kein Specificum ist, so muss es doch als ein äusserst nützliches und wirksames Mittel bei Diphtherie bezeichnet werden.

M. Stukowenkow. «Die Behandlung der Syphilis mittelst intravenöser Injection von Quecksilberpräparaten». (Nr. 18).

An 30 Kranken wurde die von Bacelli vorgeschlagene Behandlungsmethode erprobt, es wurden 564 Injectionen ausgeführt. 3 Reihen von Beobachtungen stellte S. an: Die 1. Serie der Kranken erhielt intravenöse Sublimatinjectionen; die Dosen waren geringe; die 2. Serie wurde ebenso behandelt, aber mit steigenden Sublimatmengen; die 3. Serie erhielt Hydrargyrum benzoicum in rasch steigenden Dosen. Die Schlussfolgerungen des Verf. sind: 1. Die Schnelligkeit der therapeutischen Wirkung des Quecksilbers ist direct proportional der täglich in's Blut hineingebrachten Dosis und umgekehrt proportional der hierfür gebrauchten Zeit. 2. Die tägliche Dosis des Metalles steht in umgekehrtem Verhältnisse zu der Menge des für den ganzen Cyclus nothwendigen Quecksilbers und zur Behandlungsdauer. 3. Die durchschnittliche Tagesquantität des in's Blut tretenden Quecksilbers muss zur Erzeugung einer raschen Wirkung 0,010 erreichen. Kleinere Dosen erzeugen eine schwächere Wirkung oder gar keine. 4. Für gewöhnlich muss für den ganzen Cyclus 0,260 metallischen Quecksilbers verbraucht werden. 5. Entgegengesetzt der Behauptung von Bacelli, ist die Menge des intravenös eingeführten Quecksilbers, welche zur Erzeugung eines Resultats erforderlich ist, nicht geringer, als die bei subcutaner Injection zur Erlangung desselben Erfolges verbrauchte. 6. Für die intravenöse Behandlung eignet sich das Sublimat durchaus nicht am meisten, andere Salze werden vielleicht noch viel wirksamer sein.

P. Popow: «Ueber acute parenchymatöse Nephritiden bei fibrinöser Pneumonie bei Kindern». (Nr. 18).

Verf. beschreibt 4 Fälle von croupöser Pneumonie, zu der sich acute Nierenentzündung hinzugesellte; an der Hand dieser Fälle und der in der Literatur veröffentlichten werden verschiedene Fragen berührt. Zunächst die Frage, in welcher Periode der Pneumonie setzt die Nephritis ein? Sowohl die Beobachtungen Caussade's, als auch die des Verf. weisen darauf hin, dass die ersten Symptome der Nephritis zu gleicher Zeit mit dem Beginn der Pneumonie auftreten. Es tritt Albuminurie auf, es zeigen sich im Harn rothe Blutkörperchen und Cylinder. Die Eiweissquantität ist sehr verschieden, wobei zu beachten ist, dass eine grosse Eiweissmenge keine schlechte Prognose bedingt. Auch die Dauer der Albuminurie ist variabel, es ist auch der Ausgang in chronische Nephritis möglich; in einem vom Verf. beobachteten Fall war Albuminurie noch 70 Tage nach Beginn der Krankheit vorhanden. Was die Haematurie anlangt, so ist dieses Symptom sehr charakteristisch für die in Rede stehende Nephritisform; sie fehlt fast nie, tritt mit dem Beginn der Pneumonie auf und verschwindet etwas früher, als die Albuminurie, oder zu gleicher Zeit mit letzterer. Der Bodensatz weist rothe und weisse Blutkörperchen auf, hyaline, kernige und epitheliale Cylinder. Anurie und Oligurie treten zuweilen schon im ersten Stadium der Nephritis ein und bedingen dann eine schlechte Prognose. Uraemie wird zuweilen beobachtet. Oedeme sind nicht selten.

N. Postowski: «Die Erkrankungen des Nervensystems bei Influenza». (Nr. 18).

Allgemeine Uebersicht über die bei Influenza beobachteten und beschriebenen Erkrankungen des peripheren und centralen Nervensystems.

A. Kablukow: «Ein Fall von Gastrostomie bei narbiger Stenose der Speiseröhre; nachfolgende Dilatation derselben vom Magen aus und Heilung der Magenfistel». (Nr. 18).

Bei einer 28 jährigen Bäuerin trat in Folge von narbiger Verengerung eine vollständige Undurchgängigkeit der Speiseröhre auf (27—28 Cm. von der Zahnreihe). Als ultimum refugium musste die Magenfistel angelegt werden. Nachdem die Patientin sich etwas erholt hatte, fing Verf. an den Oesophagus zu dilatiren, indem er durch die Cardia Bougies einführte; es gelang ihm auch allmählig den Oesophagus vollständig durchgängig zu machen. (Dritte Olive der Trousseau'schen Sonde). Schliesslich führte K. durch eine plastische Operation den Verschluss der Fistel herbei.

P. Radzich: «Fibrinöse Membranen auf tuberkulösen Kehlkopfgeschwüren». (Nr. 19).

Bei einem Patienten mit tuberculösen Geschwüren des Larynx fand R. auf denselben fibrinöse Membranen; dieselben bedingten starken Hustenreiz und wurden expectorirt. Verf. macht auf die Seltenheit dieser Membranbildung aufmerksam. Nur Bezold beschreibt eine solche bei tuberculöser Ostitis media. In Zusammenhang mit den angewandten Mitteln konnten die Membranen nicht gebracht werden.

W. Lunin: «Zur Casuistik der Rhinolíten». (Nr. 19).

Der Patient klagte über starke rechtsseitige Kopfschmerzen, namentlich in der rechten Schläfe. Aus der rechten Nasenöffnung fliesst recht häufig stinkender blutiger Eiter. L. fand bei der rhinoskopischen Untersuchung eine grauweisse Geschwulst, die zwischen der mittleren und unteren Muschel einerseits und der Nasenscheidewand andrerseits gelegen war. Der entfernte harte Tumor erwies sich als ein Rhinolit, war 3 Cm. lang, $2^1/_2$ Cm. breit und 1 Cm dick, war 6,6 Gramm schwer. Bei einem zweiten Patienten entfernte L. einen kirschkerngrossen Stein.

Gredinger: «Ueber die Behandlung des operirten Empyems mittelst Eingiessungen von Jodoformglycerin». (Nr. 19).

2 Fälle. Im ersten Fall bestand nach ausgeführter Thoracotomie 1 Monat lang eine ambundante eitrige Absonderung und Fieber, Verfall der Kräfte. Es wurde desshalb täglich beim Verbandwechsel mit einer Glasspritze 15,0 Jodoformglycerin (30 Theile Jodoform und 100,0 Glycerin) eingespritzt. Schon nach der ersten Einspritzung fiel die Temperatur zur Norm, die Absonderung wurde mehr serös, und $2^1/_2$ Wochen nach Beginn dieser Cur schloss sich die Wunde. Im zweiten Falle wurde schon 4 Tage nach der Thoracotomie mit den Injectionen von Jodoformglycerin begonnen, und das Resultat war auch hier sehr eclatant, so dass Verf. diese Methode zur Nachbehandlung bei Thoracotomie warm empfehlen kann.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa shenskich bolesnej. März – Mai, № III – V, 1895.

A. Annfrijew: «Einige Bemerkungen über rectale Untersuchung Kreissender auf Grund von 25 beobachteten Fällen». (III.)

Angeregt durch Publicationen von Ries und Beckmann hat A. die Untersuchung per rectum in mehreren Fällen ausgeführt, um sich ein selbstständiges Urtheil zu bilden und den Werth der Methode bei Leitung einer Geburt kennen zu lernen. Die gemachten Erfahrungen veranlassen Verf. sich nicht zu Gunsten dieser Untersuchungsmethode auszusprechen. Nach A. unterliegt es keinem Zweifel, dass man durch die Untersuchung per rectum viele Aufschlüsse (besonders die knöchernen Theile des Geburtscanals betreffend) erhalten kann; sie lässt aber häufig keine sicheren Schlüsse über verschiedene für den Geburtsverlauf wichtige Untersuchungsbefunde zu. So ist es z. B. fast unmöglich durch dieselbe den vorliegenden Theil, falls er noch hoch steht, zu bestimmen. Häufig können auch die Fontanellen, das Verhalten des Muttermundes und der Nabelschnurvorfall nicht sicher constatirt werden. Aus diesen Gründen steht die rectale Untersuchung hinter der vaginalen zurück.

Nach Meinung des Verf. müssen die Indicationen zur rectalen Untersuchung in der Geburtshilfe dieselben wie in der Gynäkologie bleiben, d. h. diese Methode ist in Anwendung zu bringen, wenn detaillirtere Bestimmungen erwünscht sind, sei

es, dass dieselben durch anormale Entwickelung der Scheide durch Neubildungen in derselben, oder durch Deformitäten des Beckens bedingt werden.

A. P. Gubarew: «Ueber Drainage der Bauchhöhle». (III.)

In dieser klinischen Studie theilt Verf. seine Erfahrungen über Drainage der Abdominalhöhle u. s. w. nach der Methode von Miculicz mit. Das Material bestand nicht ausschliesslich aus gynäkologischen Fällen. Im Allgemeinen bietet die Abhandlung nichts Neues; von einigem Interesse dürften nur die in den Text eingeflochtenen kurzen Krankengeschichten sein. G. spricht sich zu Gunsten des porösen Drain's, speciell des Marlysackes nach Miculicz aus, wenn es sich um Laparotomien handelt, welche eine Drainage erfordern. Nach Uterusexstirpation tamponirt G. mit Jodoformgaze. Die Indicationen für die Drainage der Bauchhöhle mit röhrenförmigen Drain's hält Verf. für sehr fraglich.

R. L. Kaufmann: «Ein Fall von Uterusruptur in der Schwangerschaft». (III.)

Eine VIII. Gravida, welche sich in der Mitte des 9. Schwangerschaftsmonats befand, fühlte nach einem längeren Gange plötzlich heftige, schneidende Schmerzen im Leibe. Traumen nicht vorausgegangen. Frühere Geburten etwas protrahirt, ohne Kunsthilfe verlaufen. Status: Pat. von mittlerem Wuchs, anämisch. Athmung beschleunigt, Puls 120. Temp. 38,4. Leib aufgetrieben, sehr empfindlich. Umrisse der Gebärmutter nicht palpirbar. In den unteren Abschnitten des Abdomen rechts von der linea alba kleine Theile, welche gleich unter den Bauchdecken zu liegen scheinen. Ueber dem Nabel rechts der Kopf. Kindliche Herztöne nicht vorhanden. Aeusserer M.M. für 2 Finger durchgängig, innerer geschlossen. Trotz der vermutheten Ruptur und schon beginnender Peritonitis wird erst nach zwei Tagen die Laparotomie ausgeführt, wobei die Ruptur constatirt wird, welche von der Mitte des Fundus längs der linken Seite bis zum inneren M.M. verlief und mit auf das hintere Blatt des lig. latum bis zum Mesocolon flexurae sigmoideae fortsetzte. Der Uterus wurde amputirt, das linke zerfetzte Ligament nach Möglichkeit vernäht und das Parametrium tamponirt. Tod nach 7 Tagen an septischer Peritonitis. Die exstirpirte Gebärmutter wurde keiner mikroskopischen Untersuchung gewürdigt.

M. M. Fedorowskaja-Wiridarskaja: «Fall von wiederholtem Kaiserschnitt». (III.)

Allgemein verengtes plattes Becken: cristae 30, spinae 26, trochant. 34, conj. ext. 20,5, conj. diagonalis 9,8. Pat. ist 12 Mal schwanger gewesen und hat alle geburtshilflichen Operationen, von der Zange angefangen bis zum Kaiserschnitt durchgemacht. Beim ersten Kaiserschnitt war die Kastration ausgeführt worden (Balandin), trotzdem menstruirte Pat. regelmässig 1 Jahr und 3 Monate, wurde darauf schwanger. Den zur Einleitung der Frühgeburt der Pat. angesetzten Termin versäumte sie und musste daher zum zweiten Mal durch den Kaiserschnitt entbunden werden (Ott). Günstiger Ausgang für Mutter und Kind. Um künftige Schwangerschaft zu verhüten wurden dieses Mal die Tuben abgebunden.

A. P. Gubarew: «Wahl des Instrumentes zur schnellen Erweiterung der Gebärmutter». (III.)

G. empfiehlt auf's Wärmste die Tait'schen Dilatatoren, welche er folgendermassen modificirt hat. An jedem Ende zweier Stiele wird je einer der 4 Konuse befestigt, wodurch das lästige An- und Abschrauben der Dilatatoren (welche sonst alle auf einem Stiel aufzuschrauben sind) vermieden wird.

K. Ulesko-Stroganowa: «Beiträge zum mikroskopischen Bau der Placenta». (IV.)

Die Ergebnisse dieser sehr fleissigen und höchst lesenswerthen Arbeit sind, was den Kern der Placenta beim Menschen anbetrifft, in Kürze folgende:

1) In allen Perioden der Schwangerschaft besteht die Wand der Zotten aus zwei Schichten, einer inneren — Zellschicht Langhans's — und einer äusseren — syncytium oder plasmodium. Erstere entsteht aus dem Ectoderm. 2) Die Plasmodiumschicht sieht Verf. als aus der Zellschicht hervorgegangen an. 3) Bei der Vereinigung des Chorion mit der Decidua fällt die Hauptrolle dem Chorion zu. Die Zotten desselben fangen mit der decidua uteri zu verwachsen an, indem sie aus der tieferen Zellschicht eine zweite Decidua bilden, welche in Gestalt ganzer Schichten der decidua uterina aufliegt und Fortsätze in dieselbe bis zu den mütterlichen Blutgefässen sendet. 4) Der Zottenraum ist mithin allseitig mit Syncytium ausgekleidet; nur von Seiten der mütterlichen Gefässe mit Endothel, welches stark quillt und auch syncytiumähnliche Beschaffenheit annimmt. 5) Die Veränderungen der Schleimhaut der Gebärmutter während der Schwangerschaft lassen dieselbe einem Gefässneoplasma ähnlich erscheinen. Das interglanduläre Gewebe wird in deciduales umgewandelt. 6) Die Bluträume der mütterlichen Decidua werden gleichfalls mit Hilfe der Zellschicht der Chorionzotten gebildet. Während die Zellenzapfen derselben in die mütterliche Decidua ein- und bis zu den Gefässen vordringen, zerfallen sie vom Centrum aus beginnend und erweitern dadurch den Blutraum in der decidua materna. 8) Die Ablösung der Placenta und der Decidua erfolgt durch Necrose dieser Gewebspartien, welche die unmittelbaren Vermittler zwischen mütterlichem Blut und dem Foetus zu sein aufhören.

W. N. Massen: «Resultate der Messungen des Beckenausganges beim Weibe». (I, II, IV.)

Die Resultate dieser, zu einem kurzen Referat leider nicht geeigneten Abhandlung sind im Originale nachzulesen. Erwähnen wollen wir nur, dass nach diesen Messungen eine Verengerung des Beckenausganges nicht so selten vorzukommen scheint, wie allgemein angenommen wird.

W. A. Brschesinski: «Zur Therapie der einfachen chronischen Endometritis». (IV.)

Unter «einfacher» Endometritis will Verf. eine Erkrankung der Gebärmutterschleimhaut ohne Mitbetheiligung des serösen Ueberzuges des Uterus, des Beckenperitoneums etc. verstanden wissen. Die Behandlung solcher Erkrankungsformen besteht in Folgendem. Nach genügender Desinfection des Genitalkanales mit Sublimat — (1:3000) oder 2 pCt. Karbollösung wird im Neugebauer'schen Speculum der Uterus- mit Metalldilatatoren (Jastrebow) erweitert, bis ein Bozemann'scher Katheter in die Uterushöhle eingeführt werden kann. Ausspielung des cavum uteri mit desinficirender Lösung. Einspritzen von 1/5 Inhalt einer Braun'schen Spritze concentrirter T-ra Jodi. Nach Ablauf einiger Minuten wird der Ueberschuss an T-ra Jodi durch nochmalige Uterusausspülung entfernt. Diese Manipulationen werden so lange jeden zweiten Tag ausgeführt, bis kein Ausfluss mehr bemerkbar ist. Dann wird eine Pause von 3 Tagen gemacht, worauf intrauterine Injectionen mit 5 pCt. Tannin-Glycerin gemacht werden. Die Dauer der Behandlung beläuft sich auf 3—4 Wochen, d. h. 9—12 Jodinjectionen und 1½—2 Wochen, d. h. 5—6 Tannininjectionen. Die ausgezeichnete Wirkung einer solchen Behandlungsweise soll sich schon nach den ersten Sitzungen bemerkbar machen. Recidive hat Verf. in seinen Fällen (15) nicht beobachtet.

J. S. Fedulow: «Vollständige Entfernung des graviden, carcinomatös entarteten Uterus per vaginam». (IV.)

32-jährige IV. gravida. Portio vaginalis von derber Consistenz und unebener, ulcerirter Oberfläche. Scheidengewölbe und lig. latum noch nicht carcinomatös infiltrirt. Die Totalexstirpation des im 4. Monat schwangeren Uterus wurde mit günstigem Ausgang für die Mutter ausgeführt.

E. M. Sobestianski: «Darstellung gynaekologischer Operationen durch Gummimodelle». (V.)

Verf. hat sich der Mühe unterworfen einige gynaekologische Operationen in grauem Gummi nachzubilden. Die Modelle, welche mit möglichst naturgetreuen Farben versehen sind, sind in Folge der Elasticität des Materials zu Demonstrationen viel geeigneter als Gyps- oder Thonmodelle.

A. A. Sitzinski: «Zur Kasuistik centraler Rupturen des Dammes». (V.)

S. berichtet über einen Fall in welchem Frucht und Placenta durch einen, während des Einschneidens des Kopfes im Damm entstandenen Riss geboren wurden. Bei Besprechung der Prophylaxe hebt Verf. hervor, dass bei drohender Ruptur eine Incision längs der Raphe bis zum Sphincter das rationellste Verfahren ist. Da die Mehrzahl der Muskeln des Dammes doppelseitig ist und sich in der Mittellinie vereinigen, wird bei Führung des Schnittes in dieser Richtung die geringste Verletzung der Muskeln gesetzt und nach der Vernähung des Schnittes werden die anatomisch-physiologischen Verhältnisse am Besten wieder hergestellt.

I. S. Fedulow: «Zur Frage von der Anwendung permanenter Irrigation bei vernachlässigten Vesico-vaginalfisteln». (V.)

F. theilt 3 einschlägige Fälle mit, in welchen er die von Tolotschinow als vorbereitendes Verfahren zur Operation vorgeschlagene Methode mit guten Erfolgen angewandt hat.

N. N. Kube: «Zur Frage von den accessorischen Tuben und Tubenöffnungen». (V.)

K. hat die Leichen von 78 Frauen auf Tubenanomalien untersucht. In 6 Fällen konnte Verf. zu je einem accessorischen Tubenostium constatiren (4 Mal an der rechten, 2 Mal an der linken Tube). Die Ostien waren am peripheren Ende der Tube, in einer Entfernung von 3—12 mm. vom abdominalen Ende der Tube, gelegen und für eine dünne Sonde durchgängig. Der mikroskopische Bau liess keine Abweichungen von demjenigen normaler Tuben erkennen. Nebentuben fand K. 31 Mal. Dieselben wurden in der verschiedenartigsten Form angetroffen, bald an der Peripherie der Tube, bald an dem lig. latum sitzend. An den Nebentuben konnte unterschieden werden: eine Basis, welche von dem Gewebe gebildet wird, auf der die Nebentube aufsitzt, ein 3—17 mm. langer Stiel und ein Köpfchen von kugeliger oder ovoider Form. Ein Lumen konnte weder im Stiel, noch im Köpfchen nachgewiesen werden.

Ger. Jegorow: «Fall von Sarcoma multiplex globucellulare alveolare vaginae». (V.)

Kasuistischer Beitrag.

Dobbert.

Shurnal russkago obschestwa ochranenija narodnago sdrawija (Nr. 1—4 incl.) 1895.

A. Fawitzky: «Aus den bacteriologischen Beobachtungen während der Choleraepidemie 1894». (Nr. 1.)

In den Sommermonaten 1894 beobachtete Verf. einige Eigenthümlichkeiten der Choleravibrionen, welche sie vom klassischen Koch'schen Vibrio unterscheiden. Besonders auffallend war der Pleomorphismus der Grösse und Krümmung der Vibrionen. Das Wachsthum derselben auf Gelatine war verschieden und weichte vom typischen sehr oft ab; auf Agar-Agar gaben alle eine glänzende, durchsichtige Schicht, die meist gelblich, seltener weiss war. Die Bouillonculturen gaben bald deutliche, bald kaum merkbare Häutchen und Trübungen. Indolreaction gaben alle Vibrionen. Die Giftigkeit für Tauben schwankte stark, indem die einen fast ungiftig, die anderen stark giftig waren. Auf Grund dieser Beobachtungen kommt Verf. zum Schluss, dass man ausser dem typischen Vibrio, noch einige Abarten desselben unterscheiden muss.

P. Beloussow: «Missverständnisse bei der Anlage der Wasserleitung in Tula». (Nr. 1.)

Nur von localem Interesse.

J. Akinfiew: «Klima der Stadt Ekaterinoslaw. Bedeutung seiner Eigenthümlichkeiten für die Schuljugend». Nr. 1.)

Seinem Klima nach gehört Ekaterinoslaw nicht zu den südrussischen Städten, sondern zu denen der Mitte Russlands, wie Charkow, Poltawa u. a. und soll deshalb die Schuljugend nicht erst bei 20° Kälte, wie in diesen Städten vom Besuch der Schule befreit werden, sondern schon bei 18°, da in Ekaterinoslaw im Winter starke Winde herrschen.

«Sitzung der 1. Section der russischen Gesellschaft für Beschützung der Volksgesundheit 27. October 1894».

Dr. Kulbin demonstrirte sein Mechanoaesthesiometer. Es besteht aus einer Nadel, die am Anker eines Elektromagneten befestigt ist; die Basis des Electromagneten bildet eine mikrometrische Schraube, durch welche die Tiefe des Nadelstiches mit grösster Genauigkeit ($^{1}/_{100}$—$^{1}/_{200}$ Millimeter) gemessen wird. Der Apparat steht mit einem Elementen von Grené und einem Stromesschliesser in Verbindung. Die Stromesschliessung ruft einen Stich hervor. Der Apparat ist klein und sehr portativ. Dr. Teremetzki berichtet über seine Beobachtungen über die Wirkung der gasirten Milch bei Scorbut. Der Verlauf der Krankheit soll dabei ein sehr günstiger sein, das Körpergewicht nimmt zu und die Pat. fühlen sich sehr gut. — In der Sitzung am 10. Nov. 1894 demonstrirte Dr. Kulbin mehrere mikroskopische Präparate aus seinen Versuchen über den chronischen Alcoholismus bei Thieren.

W. Nesterow. «Zur Frage über die sanitär-ärztliche Aufsicht in den Lehranstalten.» (№ 2.)

Die jetzige Lage der Schulärzte ist eine recht unangenehme. Ihrer sanitären Thätigkeit wird keine Activität geboten, ihre Autorität in pädagogischen Fragen, insofern dieselben mit der physischen und geistigen Entwickelung der Jugend zusammenhängen, wird nicht anerkannt. Sie werden nur als Sachverständige zuweilen befragt. Infolge dessen ist ihre Thätigkeit auch von keinem Erfolg begleitet und die Zahl der Kranken und Krankheiten in den Schulen bleibt immer noch eine sehr hohe.

S. Ostrowsky. «Zur Frage über die chemischen Veränderungen des Muskels bei der Thätigkeit und bei der Todtenstarre». (№ 3.)

Bei seinen Untersuchungen kam Verf. zu folgenden Resultaten: 1. In tetanisirten Muskeln findet man weniger Milchsäure und mehr Phosphorsäure, als in ruhenden Muskeln. 2. Die saure Reaction der Muskeln wird nicht durch die Milchsäure, sondern durch ein sauer reagirendes Phosphat bedingt.

A. Stscheglow. «Zur Frage über die specifische Energie der Nerven der Hautsensibilität». (№ 3.)

Bei der Controlle der Untersuchungen von Blicks und Goldscheider, welche für die verschiedene Temperaturempfindungen vollständig gesondert stehende Wärme-, Kälte- und sog. neutrale Puncte an der Haut constatirt haben, fand Verf.: 1. es existiren nur Kälte- und neutrale Puncte, 2. von specifischen Temperaturpuncten zu sprechen liegt absolut kein Grund vor, da alle Puncte der Hautoberfläche die verschiedenen Temperaturqualitäten empfinden, 3. an den Kältepuncten ist die Wärmeempfindung und die Empfindung des electrischen Reizes starker, als an den neutralen. Die Kältepuncte sind somit die empfindlichsten Puncte der Oberfläche unseres Körpers.

A. Lewin. «Drei Fälle diffuser, infectiöser Hepatitis». (№ 3.)

In allen drei Fällen entwickelte sich die Krankheit aus einer Cirrhosis hepatis in Folge von Syphilis, Malaria und Alcoholismus. Die Symptome waren: schwankende Lebervergrösserung, Schmerzhaftigkeit derselben, Icterus und schwach gefärbte Stühle (in einem Falle bestand Fieber intermittirenden Typus, in den 2 anderen blieb die Temperatur normal). Bei der microscopischen Untersuchung der Leber, nach der Section, fanden sich, ausser der Cirrhosis, kleinere und grössere Insel necrotisirten Leberparenchyms und diffuse, schleimig-eitrige angiocholitis. Die bacteriologische Untersuchung ergab in einem Falle Pneumobacillus Friedländeri, im zweiten — Staphylococcus pyogenes aureus.

S. Potschtarew. «Zur Frage über die Ursachen des Aussterbens der nordwestsibirischen Fremdvölker». (№№ 4 und 5.)

Diese Ursachen sind: 1. Syphilis, welche bei den Fremdvölkern einen ungewöhnlichen und eigenthümlichen Verlauf zeigt, 2. die räuberische Exploitation der ungeheuren speciellen Reichthümer des Landes von den russischen Ankaufern und 3. die schreckliche Armuth der Urbesitzer des Landes, der Fremdvölker, hauptsächlich Ostjacken.

G. Moor. «Die Microorganismen der Luft und ihre Rolle bei der Verbreitung der epidemischen Krankheiten». (№ 4.)

Historische Skizze.

W. Lewaschew. «Apparate zur Desinfection der Verunreinigungen der Krankenhäuser». (№ 4.)

W. Kistjakowsky. «Die kürzeste Extractionsmethode des Glycogens aus der Leber und Muskeln». (№ 4.)

Bei der Bestimmung des Glycogengehaltes der embryonalen Gewebe kam Verf. zur Ueberzeugung, dass die vollständige Extraction des Glycogens aus denselben schon durch kaltes Wasser gelingt. Die Gewebe werden zerkleinert, mit kaltem Wasser ausgezogen, der Auszug durch Leinwand filtrirt und das Gewebe durch dasselbe ausgepresst. Diese Procedur wird einige Mal wiederholt bis zum Schwinden der Jodreaction auf Glycogen im letzten Auszuge. Dasselbe gelingt noch rascher durch mehrfaches Auskochen der Gewebe in heissem Wasser; das jedesmalige Kochen dauert etwa 20 Minuten, das Wasser wird darauf filtrirt, das Gewebe durch Leinwand ausgepresst. In 1—2 Stunden gelingt es das Glycogen vollständig zu extrahiren.

A. Sacher.

Дозв. ценз. Спб. 9 Декабря 1895 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Pr. № 15.